This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
N33 .R441 1881
Syphilis und Tabes dorsalis : Nach eigen
24503324123

Syphilis und Tabes dorsalis.

Nach eigenen Erfahrungen.

Von

Dr. **A. Reumont,**
Geheimer Sanitätsrath, Arzt in Aachen.

Aachen,
Verlag von J. A. Mayer,
Königl. Hofbuchhandlung.
1881.

N 33
R 441
1881

Syphilis und Tabes dorsalis.

Nach eigenen Erfahrungen.

Von

Dr. **A. Reumont,**

Geheimer Sanitätsrath. Arzt in Aachen.

LANE MEDICAL LIBRARY
16010
SAN FRANCISCO

Aachen,

Verlag von J. A. Mayer,

Königl. Hofbuchhandlung.

1881.

LANE LIBRARY

T441
1881

Vorwort.

„Man darf wohl sagen, dass die Aufgaben des praktischen Arztes und des Pathologen weit auseinandergehen. Der Letztere hält sich vorzugsweise an das abstrakte Krankheitsbild; er übergeht absichtlich die Anomalien, die Abweichungen von der Norm, oder behandelt sie wenigstens absichtlich erst in zweiter Linie.

Der Praktiker dagegen betrachtet ganz speziell die einzelnen Fälle, welche beinahe immer unter Eigenthümlichkeiten auftreten, welche sich mehr weniger vom gewöhnlichen Typus entfernen; er kann die exceptionellen, abnormen Fälle nicht übergehen; denn gerade ihnen gegenüber hat sich sein Scharfsinn ganz besonders zu bewähren."

Charcot (Uebersetzung von Fetzer).

Nach dem vorstehenden Motto des ausgezeichneten Klinikers und Pathologen habe ich zur Einleitung meiner Arbeit wenig Wesentliches mehr zu sagen, da es meinen Standpunkt, den ich der Frage gegenüber einnehme, ob die Syphilis bei der Tabes eine ätiologische Rolle spiele oder nicht, deutlich bezeichnet: nämlich den des praktischen Arztes. Für die pathologische Anatomie bringe ich nichts. Eine äussere Veranlassung zu diesen Mittheilungen gab die Aufforderung Erb's, die es als eine dringende Aufgabe bezeichnet, dem Zusammenhange der Tabes mit Syphilis zunächst auf klinischem Wege etwas sorgfältiger nachzugehen, um mehr Klarheit in diese überaus wichtige Sache zu bringen.

Die nachfolgenden Erfahrungen, in einer langen Reihe von Jahren an einem Orte gesammelt, wo eine Menge luetischer Fälle sich einstellen, und die daraus gefolgerten Schlüsse sollen einen Beitrag zur Lösung obiger Frage liefern; ob sie es thun, muss ich competenten Beurtheilern überlassen; diese muss ich aber bitten, sich bei der Beurtheilung auf den Standpunkt des Praktikers zu stellen.

Meine Aufgabe ist keine leichte gewesen, indem ich ein nicht unbedeutendes Material der Syphilis des Nervensystems zu sichten und die einzelnen Fälle strenge abzuwägen hatte, da ich mir bewusst war, dass nur Gewissenhaftigkeit in einer für die Prognose und Therapie so wichtigen Frage den Arzt als erster Grundsatz bei der Verwerthung seines Materials leiten muss. Ausserdem kam noch dazu eine umfangreiche Correspondenz, da es mir von der grössten Wichtigkeit in Fällen derart erscheint nicht nur mitzutheilen, wie der augenblickliche Erfolg einer Kur gewesen, sondern wie sich das Resultat derselben nach einer gewissen, möglichst ausgedehnten Zeit gestaltet hat. Allen Collegen, die mich bei diesen Nachforschungen so freundlich unterstützt haben, sage ich hiermit meinen besten Dank.

Da es mir für die Beantwortung einer derartigen Frage von Wichtigkeit erscheint, auch andere Erfahrungen und Ansichten, denn die eigenen vorzuführen und zu beurtheilen, so habe ich mich bemüht aus der

mir zugänglichen Literatur die Pro- und Contra-Stimmen zu sammeln.

Wenn ich einige Excurse auf Gebiete machte, die gerade nicht in direktem Zusammenhange mit der uns beschäftigenden Frage stehen, aber doch naheliegende sind, so möge man diese Abschweifungen einem Arzte zu Gute halten, der ein Résumé seiner langjährigen praktischen Thätigkeit nach einer bestimmten Richtung hin geben wollte, das vielleicht für manchen Collegen hie und da nicht ohne Interesse sein dürfte. Für den, der dieses Interesse nicht hat, wird es leicht sein der Lösung meiner eigentlichen Aufgabe in medias res näher zu treten.

Aachen, im Mai 1881.

Der Verfasser.

Inhalt.

	Seite
Einleitende Worte	1
Retrospektiver Blick	2
Statistisches	10
Diagnostisches	19
Bisherige Kurresultate	26
Allgemeine Bemerkungen zu den eigenen Beobachtungen	29
Aetiologische Momente nichtsyphilitischer Art	34
Prognostisches	35
Allgemeines über die Behandlung	37
Kurresultate	44
Beobachtungen:	
I. Heilungen (1. und 2. Beobachtung)	50
II. Besserungen, wovon mehrere an Heilungen gränzen (3. bis 15. Beobachtung)	53
III. Ohne Erfolg behandelte Fälle; einige davon mit Besserung einzelner Symptome und Stillstand (16. bis 36. Beobachtung)	71
Literarische Nachweisungen	97

Einleitende Worte.

Eine wichtige Frage in der Pathologie scheint gegenwärtig die zu sein: „Welche Rolle spielt die Syphilis in der Aetiologie der Tabes dorsalis, jenes Symptomen-Complexes, der vorzugsweise von der Sklerose (grauen Degeneration) der Hinterstränge des Rückenmarks abhängig ist und dessen hervorstechendstes Symptom die Ataxie bildet; giebt es eine syphilitische Tabes sui generis, oder disponirt die Syphilis nur zur Tabes, oder ist jene nur eine zufällige Begleiterin dieser und bildet kein ätiologisches Moment?" Je nach der Beantwortung dieser Fragen wird entweder eine recht aktive Therapie in vielen, namentlich frühen Fällen die Oberhand gewinnen, oder man wird dem trostlosen Nichtsthun huldigen, höchstens die mannigfachen und schweren Leiden der unglücklichen Tabischen bloss symptomatisch zu lindern suchen.

Die Wichtigkeit dieser Frage wird dargethan durch die fast täglich sich anhäufende Literatur zur Lösung derselben, entweder im bejahenden oder verneinenden Sinne, und zwar steht eine Autorität gegen die andere auf dem Kampfplatz.

Positiv ist jedoch noch nichts entschieden und diese Unsicherheit wird voraussichtlich noch eine Zeit lang dauern und dann erst wahrscheinlich weichen, wenn die pathologische Anatomie in Verbindung mit der klinischen Erfahrung über ein sowohl numerisch wie inhaltlich grosses Material zu verfügen hat, wovon einzig die Lösung zu erwarten steht.

Es scheint mir nun die Pflicht jedes Arztes, der über ein gewisses Material zu verfügen hat, seine desfallsigen Erfahrungen als einen Beitrag zur Lösung der Aufgabe zu veröffentlichen; wird doch von vielen Seiten dazu aufgefordert und zwar mit um so grösserer Berechtigung, als die bisherigen Beobachtungen, wenigstens in numerischer Beziehung, noch recht spärlich sind und in gar keinem Verhältniss zu denen stehen, die sich auf die übrigen Erkrankungen des Nerven-Systems beziehen, in denen der Syphilis eine Rolle zugewiesen wird. Eine Erklärung für diese ungleiche Bearbeitung der Pathologie der verschiedenen Theile des Nervensystems werde ich später versuchen.

Ich habe mich desshalb veranlasst gefunden, mein klinisches Material zu sichten und die Fälle meist in ausführlicher Weise mitzutheilen, in denen Syphilis sowohl der Tabes vorausgegangen, wie auch wo dieselbe neben den tabischen Symptomen noch besteht. Indem ich meine Arbeit mit der Ueberschrift: „Syphilis und Tabes" bezeichne, beabsichtige ich hauptsächlich die Thatsachen reden zu lassen und es Jedem anheimzustellen, seine Schlüsse aus denselben zu ziehen, die entweder auf eine Vereinigung oder eine Trennung beider Krankheiten hinzielen. Ueber die Art meiner Arbeit und den Standpunkt, den ich zur Beurtheilung derselben einzunehmen versuche, werde ich mich an den betreffenden Stellen näher erklären.

Retrospektiver Blick.

Ein retrospektiver Blick auf die Ansichten, die sich für und wider einen Zusammenhang der Syphilis mit Tabes im Laufe der Zeit kundgegeben, dürfte hier vorerst am Platze sein.

Ich werde mich darauf beschränken, einige der Hauptrepräsentanten der verschiedenen Ansichten namentlich aus der neuesten Literatur, die mehr oder weniger Bezug auf meine Arbeit haben, vorzuführen; vorher jedoch einen kurzen Blick werfen auf einige Autoren, die bereits mehr der Vergangenheit angehören, deren Ansichten über den vorliegenden Gegenstand entweder nicht ganz richtig gedeutet wurden, oder die in Vergessenheit gerathen sind. Man wird daraus folgern können, dass die Ansichten von einem Zusammenhang der Tabes mit Lues nicht so neueren Datums sind, wie hie und da angenommen wird. Für manches andere Detail verweise ich auf die geschickte Zusammenstellung von Möbius.[1]).

Schicken wir die bekannte Thatsache vorher, dass die luetischen Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Umhüllungen in pathologisch-anatomischer Hinsicht noch lange nicht den Grad der Erkenntniss erreicht haben, wie die des Gehirns, wenn es auch nicht zu verkennen ist, dass die jüngste Zeit ein nicht unbedeutendes Material zur näheren Beurtheilung beigebracht hat (Moxon, R. Wagner, Heubner, Fr. Schultze, Juillard, Westphal). Von der Syphilis des Gehirns war bereits den Aerzten des 18. Jahrhunderts (Morgagni) Vieles und Wichtiges bekannt, während von der des Rückenmarks aus jener und auch der darauffolgenden Zeit kaum etwas Nennenswerthes vorliegt, nur dass hie und da von Paraplegien in Folge von Caries der Wirbel etc. die Rede ist. Der Grund für disse spärlichen Befunde liegt weniger in dem Umstande, dass die Syphilis des Rückenmarks etwa seltener, als die des Gehirns sei, wie dieses vielfach und auch noch in der neuesten Zeit behauptet wird; vielmehr darin, dass die Blosslegung und Untersuchung jenes Organs viel grössere Schwierigkeiten bietet, als die des Gehirns und desshalb viel seltener veranstaltet wurde. Wirft man einen Blick auf die Sektions-Ergebnisse mancher Fälle von Hirn-

syphilis, so findet man viele, in welchen das Rückenmark nicht untersucht wurde, und doch wiesen während des Lebens manche Symptome auf ein Leiden desselben hin. Man war von der Syphilis des Gehirns so präoccupirt, dass man an die des Rückenmarks nicht dachte. Dass Virchow, Engelsted u. A., in einzelnen Fällen dem Rückenmark ihre Aufmerksamkeit bei entsprechenden Fällen von Hirnsyphilis zuwandten, setze ich als bekannt voraus. In der jüngsten Zeit haben sich diese Verhältnisse, in Folge des in der Physiologie und Pathologie des Rückenmarks im Allgemeinen erfolgten gewaltigen Aufschwungs, bedeutend geändert und die Erkenntniss der syphilitischen Affektionen dieses Organes, wenn auch nicht zu einem Abschluss gebracht, so doch wesentlich gefördert.

Nach dieser Abschweifung beginne ich mit dem vortrefflichen Romberg, dem wir ein auch jetzt noch werthvolles diagnostisches Zeichen der Tabes verdanken; seine bekannte, so trostlose Prognose dieses Leidens kann er nur auf die vollendete Form desselben bezogen haben; denn, obgleich er die Syphilis als solche nicht unter die ätiologischen Momente der Tabes aufführt und nur im Allgemeinen von Excessen in Venere spricht, so nahm er doch öfter Gelegenheit Patienten mit Symptomen beginnender Tabes und syphilitischen Antecedentien zu einer Kur nach Aachen zu schicken. Ich werde später Gelegenheit nehmen, auf solche Fälle hinzuweisen.

Von einem anderen heimgegangenen Kliniker, Wunderlich, muss ich, einer neuesten Angabe entgegen, anführen, dass er in seinem bekannten Vortrage[3]) allerdings der luetischen Tabes erwähnt: „Aber auch permanente Paraplegien und tabetische Formen, mit Gleichgewichtsverlust bei geschlossenen Augen, letztere freilich meist unrein und zeitig mit Abmagerung und wirklicher Abnahme der motorischen Kraft

gemischt, kommen oft genug vor und gehören zumal der Spinallues an.“ Der in jüngster Zeit mehrfach citirte und gedeutete Fall von Virchow[4]) aus dem Jahre 1864, der aus anatomisch-pathologischen Gründen eine syphilitische Tabes annimmt, ist allgemein bekannt. — Die von Oulmont, Charcot und Vulpian aus dem Anfange der 60er Jahre mitgetheilten Fälle von grauer Degeneration der Hinterstränge (bei Eisenmann[5]) die 34. und 36. Beob.) mit vorausgegangener Syphilis, weisen in den Sektionsberichten nichts nach, was speziell auf Syphilis zu beziehen wäre.

Kein Kliniker der Neuzeit ist so entschieden für eine *syphilitische Tabes* sui generis eingetreten, denn A. Fournier[6]) (1876) und seit dieser Zeit hat die Frage, ob es eine solche gebe, oder nicht, die ärztliche Welt in zwei Parteien getheilt, in mehr oder minder entschiedene Anhänger und Gegner; auf beiden Seiten giebt es gleiche, gewichtige Stimmführer. Unter den Beweisen für eine wirkliche syphilitische Tabes legt Fournier das grösste Gewicht auf die statistischen Verhältnisse. Wenn Fournier anführt, dass die sogenannte syphilitische Tabes in ihren *klinischen* Erscheinungen dieselbe sei, wie die gewöhnliche und auch wie diese durch Vielseitigkeit der Symptome (typische und atypische Formen) in die Erscheinung trete, so kann man dasselbe von den syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems im Allgemeinen sagen.*) Allerdings reservirt Fournier für die Symptomatologie der »Tabes syphilitica« ein Ueberwiegen gewisser Formen, auf die ich später zurückkommen werde. Wie man auch die Schlüsse in

*) „Eine pathognomonische oder für die syphilitische Natur entscheidende Einzelerscheinung im Bereiche des Nervensystems giebt es nicht; vielmehr können alle Funktionsanomalien, die überhaupt von einem gestörten Gehirn oder Rückenmark abhängen, auch bei Hirn-(Rückenmarks-)Lues vorkommen und jedes Einzelsymptom, das bei dieser sich zeigt, kann auch ohne syphilitische Erkrankung auftreten.“ Wunderlich l. c. p. 748.

Fournier's Arbeit und seine Widerlegungen der gegnerischen Einwürfe auffassen möge, jeder Unbefangene wird der gewandten Dialektik des Autors seinen Beifall nicht versagen können. Zu den Anhängern der Fournier'schen Ansichten sind unter den Franzosen Grasset und Vulpian, sowie die von Fournier citirten Féréol und Siredey (Arzt an der Lariboisière) zu nennen.

Unter den Engländern erwähnt Hammond der Syphilis unter den Ursachen der Tabes als höchst wahrscheinlich und Hutchinson spricht wiederholt von „syphilitischer Ataxie" (bei Erb).[8a])

In Deutschland waren es wohl zuerst O. Berger und Erb, die in neuester Zeit, durch die französischen Arbeiten von Neuem angeregt, der Frage nach dem ätiologischen Zusammenhange der Tabes mit vorausgegangener oder noch bestehender Syphilis eine grössere Aufmerksamkeit widmeten.*) Berger[2]) sagte bereits 1878 bei Besprechung der „syphilitischen Epilepsie" in einer Anmerkung: „Nach meinen Erfahrungen kann es keinem Zweifel unterliegen, dass mit vollem Rechte eine Tabes dorsalis syphilitica angenommen werden darf; ich gedenke an anderer Stelle demnächst mich mit dieser höchst wichtigen Frage zu beschäftigen." In einer späteren Arbeit [7]) stellt er ebenfalls eine auf syphilitischer Basis beruhende Tabes als sehr wahrscheinlich auf. Erb hatte in der 2ten A. seines Handbuchs (1878) auf die Syphilis als ätiologisches Moment der Tabes mehr, denn bisheran geschehen, hingewiesen, ohne jedoch zu einer Entscheidung zu gelangen; in zwei neueren Arbeiten [8 u. 9]) tritt er der Frage näher, sich namentlich stützend auf

*) Ich selbst habe in einer jetzt vergriffenen Schrift [35]) (1864) auf den Causalnexus der Tabes dors. mit Syphilis aufmerksam gemacht (p. 122) und theilte einen darauf bezüglichen Fall mit (s. die 2. Beobacht. der vorliegenden Schrift.)

die Statistik und hinweisend auf die hohe Bedeutung des Gegenstandes, namentlich in Bezug auf die bisher ziemlich trostlose Therapie, und stellt mit Recht als dringende Aufgabe hin, dem Zusammenhang der Tabes mit Syphilis zunächst auf *klinischem Wege* sorgfältiger, als bisher, nachzugehen. Erb[8a]) präzisirt die Frage dahin, *ob die Syphilis zur Tabes bloss disponire, oder ob die Hinterstrangsklerose wirklich eine Lokalisation der Syphilis, ob sie in gewissen Fällen eine spezifische Erkrankung sei?* Erb neigt zur Bejahung des ersten Theils der Frage hin und acceptirt den von Fournier aufgestellten Satz, dass überall da, wo sich in der Vorgeschichte der Tabes Syphilis nachweisen lasse, eine antisyphilitische Behandlung zu versuchen sei.

Auf der 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden (1879) wurde die Frage durch Erb[8b]) von Neuem zur Diskussion gestellt; das Schlussergebniss seiner Beobachtungen und Betrachtungen gipfelt in dem Satze, „dass die Tabes in der übergrossen Mehrzahl der Fälle durch die vorausgegangene Syphilis bedingt und dass es in hohem Grade *wahrscheinlich* ist, dass es sich in eben diesen Fällen um eine *spezifisch luetische Erkrankung des Rückenmarks* handelt." Erb nähert sich mithin Fournier's Ansicht. — Ein dritter, kleinerer Aufsatz Erb's[9]) ist hauptsächlich statistischer Natur und bestätigt seine früher ausgesprochenen Ansichten.

Für die Frage nach dem Zusammenhang der Tabes mit Syphilis ist es charakteristisch, dass zwei hervorragende Wiener Aerzte zu gleicher Zeit in derselben Zeitschrift neuerlichst sich in bejahendem und verneinendem Sinne ausgesprochen haben: Benedikt und Rosenthal. Wir beschäftigen uns zuerst mit der Arbeit von Benedikt,[10]) der sich ganz entschieden in bejahendem Sinne ausspricht; nachdem er eine Theorie für die Tabes aufgestellt hat, welche die Darwin'sche Anschauungsweise in die Pathologie einzu-

führen trachtet, geht er auf das uns beschäftigende Thema mit dem Cardinalsatz ein: „Eine weitere Ursache der Erkrankung der Hinterstränge ist der Virus syphiliticus; so sonderbar es erscheinen mag, dass das syphilitische Gift ein *System* am Nervencentrum isolirt inficire, so kann es doch kein Zweifel sein, dass es eine *syphilitische Tabes* gebe, schon aus dem Grunde, weil wir bei einzelnen Fällen von Tabes durch Jodkalium und Quecksilber Resultate erzielen, die uns bei den gewöhnlichen Fällen complet im Stiche lassen." Ausser dem Schluss ex juvantibus, den er jedoch nur im positiven Falle und mit Beschränkung annimmt, legt Benedikt das Hauptgewicht für die Annahme einer luetischen Tabes, wenn Syphilis der allgemeinen Hautdecke vorausgegangen sei.

Wenden wir uns nun in unserer Rundschau kurz zu den Gegnern eines Zusammenhangs der Tabes mit Syphilis und zu denen, die sich doch zurückhaltend der Frage gegenüber verhalten. Bereits 1871 erörterte Moxon[11]) die Frage, ob Syphilis ein einflussreiches ätiologisches Moment der grauen Degeneration der Hinterstränge sei, die er verneinen möchte, wobei er anführt, dass unter seinen 17 Sektionen von dieser Degeneration sich nie eine Spur von syphilitischer Erkrankung gefunden habe. — Lancereaux behandelt ziemlich ausführlich die Myelitis syph. in seinem bekannten Werk (1873), spricht jedoch nicht speziell von der Syphilis der Hinterstränge; unter den von ihm angeführten Fällen, die sich auf Paraplegie beziehen, weisen einige auf Tabes hin, u. a. der Fall von Houstet. — Vor allen tritt Westphal[12]) bei Gelegenheit der Diskussion der Frage „Lues und Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks" in der Berliner medicinischen Gesellschaft und im Anschluss an die Verhandlungen in der Badener Naturforscher-Versammlung, als Gegner eines ätiologischen Zusammenhangs zwischen Lues und Tabes auf. Westphal sucht den negativen Beweis aus den Ergeb-

nissen der Statistik und der Sektionen zu begründen, namentlich dass unter 16 Sektionen Tabischer sich nur ein Fall mit syphilitischen Residuen gefunden habe; in diesen 16 Fällen konnten aber sekundär-syphilitische Antecedentien bestanden haben, ohne dass die Autopsie vorausgegangene Syphilis nachzuweisen im Stande war. — In einer zweiten Arbeit[13]) fasst Westphal seine Ansicht über Tabes und Syphilis in dem Passus zusammen: „Die vorstehenden Erörterungen führen zu dem Schluss, dass bisher die ätiologische Beziehung der Syphilis zur Tabes („strangförmige Erkrankung der Hinterstränge", setzt W. hinzu) weder auf klinischem, noch pathologisch-anatomischem Wege nachgewiesen oder auch nur wahrscheinlich gemacht worden ist, und dass die bisherigen statistischen Erfahrungen ein Urtheil nach dieser Richtung nicht gestatten." Aus der weiteren Diskussion über die vorliegende Frage in der Berliner medicinischen Gesellschaft ergeben sich differirende Ansichten: Lewin neigt zu der Möglichkeit, dass Tabes durch Syphilis bewirkt werden könne, ebenso Mendel; Remak und Bernhardt bleiben unentschieden; auf Einzelnes werde ich später zurückkommen. — — Den Gegnern des Zusammenhanges der Tabes mit Syphilis schliesst sich in Deutschland noch Fr. Müller[14]) an; doch gebietet er nur über ein beschränktes Beobachtungsmaterial. Die nach dem mir vorliegenden Material neueste Arbeit in Deutsch-Oesterreich ist die höchst beachtenswerthe von M. Rosenthal[15]) (1881), welcher sich entschieden gegen die Tabes auf syphilitischer Grundlage ausspricht; er wendet sich zuerst gegen den Beweis aus der Statistik, zugleich seinen früher angegebenen und vielfach verwertheten minimalen Procentsatz erhöhend (vergl. p. 12); unter seinen 19 Tabischen, die früher mit Syphilis behaftet gewesen, waren noch andere ätiologische Momente aufzufinden, die Tabes veranlassen konnten; in 5 von diesen Fällen hatten spezifische Kuren

Verschlimmerung der tabischen Symptome zur Folge. Rosenthal geht nun näher auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Rückenmarks-Syphilis im Allgemeinen (vorzugsweise der Myelitis syph.) ein und kommt zu dem Schlusse, dass es keine spezifische Erkrankung der Hinterstränge gebe; er geht dann speziell auf die Tabesformen nach Lues über und führt 7 darauf bezügliche Fälle genauer an, aus denen er schliesst, dass im Gegensatz zu dem regressiven Symptomen-Verlauf der spezifischen Myelitis, das nach Lues zu beobachtende tabische Grundleiden den spezifischen Mitteln gegenüber sich überaus negativ verhalte; die therapeutischen Erfolge seien bei der nach Syphilis auftretenden Tabes ebenso spärlich und unvollkommen, wie bei der vulgären Form; Remissionen kämen auch bei der hydriatischen und galvanischen Behandlung vor.

Unter den Franzosen ist es vorzugsweise Juillard,[16]) der sich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus gegen seinen Landsmann Fournier ausspricht, dass die Sklerose der Hinterstränge direkt durch Syphilis verursacht werde; die spinale Syphilis sei stets diffuser Natur, keine System-Erkrankung, mithin könne die Sklerose der Hinterstränge nicht direkt durch Syphilis verursacht werden. Juillard führt noch mehrere Autoren, u. A. V. Cornil und Broadbent an, welche sich gegen eine syphilitische Tabes geäussert haben; er stellt es jedoch als eine Möglichkeit auf, dass es eine diffuse syphilitische „Ataxie locomotrice" gebe. Dem verneinenden Urtheil Juillard's über eine syphilitische tabische System-Erkrankung schliesst sich Chavet (nicht Charcot, wie es in einem Referate heisst) an.

Statistisches.

Nachdem ich die wichtigsten Controversen in der uns beschäftigenden Frage vorgeführt habe, gehe ich vorerst auf

die Resultate der *Statistik*, namentlich auf den Versuch einer Erklärung ihrer grossen Differenzen näher ein, indem ich mir vorbehalte, auf viele Einzelheiten des eben gegebenen Ueberblicks in den betreffenden Abtheilungen später zurückzukommen.

Die ungemein grosse Differenz, welche die statistischen Erhebungen in Bezug auf vorhergegangene Syphilis bei Tabischen liefern, muss nothwendig zu der Ansicht führen, dass hier ganz besondere Verhältnisse vorliegen, deren Erklärungen diese Widersprüche vielleicht aufzuheben und einen Ausgleich zu Stande zu bringen vermögen.

Mit dem niedrigsten Procentsatz syphilitischer Antecedentien bei Tabischen stehen: Eulenburg mit 1/2 pCt., L. Lehmann mit 6 pCt., Westphal*) mit 14,6 pCt., Rosenthal**) mit 18 pCt. Einen mittleren Procentsatz bringen auf: Berger und Seeligmüller (Dissert. Gesenius) 20 pCt., Remak 21 pCt., Bernhardt 22 pCt.; den höchsten: Gowers 70 pCt., (davon 53 mit sekundärer Syphilis und 17 mit Schanker), mein College G. Mayer***) 70 pCt., Fournier (und nach diesem Siredey) 80 pCt., Erb †) 88 pCt., (darunter 59 mit sekundärer Syphilis). Andere Angaben übergehe ich aus Gründen, die ich später anführen werde.

Woher stammt nun diese grosse Differenz in den statistischen Angaben? Zur Erklärung der niedrigsten Procent-

---

*) Nach Westphal's[13]) neuester Mittheilung über 75 tabische Fälle war bei 14 (18,6 pCt.) Schanker ohne sekundäre Erscheinungen, bei 11 (14,6 pCt.) Schanker mit sekundären Erscheinungen vorhanden, bei 3 (4 pCt.) zweifelhaft, und bei 47 (62,6 pCt.) wurde Schanker positiv geleugnet.

**) Neueste Angabe (1881).[15])

***) Mein Herr College theilt mir mit, dass unter seinen 29 Fällen von Tabes sich 10 befanden, welche nicht wegen Lues in seine Behandlung kamen.

†) Nach neuester Mittheilung (1881) über 100 tabische Fälle.[9])

sätze ist wohl als Hauptgrund anzuführen, dass beim Kranken-Examen entweder nach vorausgegangener Syphilis nicht gefragt wurde, oder dass der Patient einfach die Wahrheit nicht sagte. Berücksichtigt man, dass erst in neuerer Zeit die Syphilis als ätiologisches Moment auf den Schild erhoben wurde, so ist es nicht auffallend, dass namentlich ältere Angaben mit den niedrigsten Procentsatz haben, oder dass der Syphilis kaum und vorübergehend, oder gar nicht Erwähnung geschieht; wir verweisen namentlich auf Duchenne's Arbeit und auf die meist compilatorische von Eisenmann[5]); unter den von Letzterem mitgetheilten 68 meist fremden Fällen befinden sich nur 2 bis 3, in denen vorausgegangene Syphilis vermerkt wird. Einen eklatanten Beweis dafür, dass man bei sorgfältigerer anamnestischer Umschau Syphilis eruirt, liefert M. Rosenthal;[15]) während derselbe nach einer älteren Angabe (1870) unter 65 Fällen von Tabes nur 1 nach Syphilis aufweist, führt er neuerlichst an, dass er unter 105 Tabischen, die er in den letzten zwei Jahren beobachtete (also 1879 und 1880) 19 Mal syphilitische Antecedentien (circa 18 pCt.) gefunden habe. Dem ähnlich mag es in vielen anderen Fällen sich verhalten. Ein zweiter Grund der so sehr differirenden Angaben ist in der Stellung der Aerzte zu suchen; Fournier's, des bekannten Pariser Syphilidologen hoher Procentsatz erklärt sich leicht aus dem Umstande, dass er wohl vorzugsweise von solchen Tabischen um Rath angegangen wurde, die luetisch gewesen. Die Aachener Aerzte werden aus ähnlichen Gründen hohe Procentsätze zu verzeichnen haben.

Meine eigenen 40 Fälle betreffen ohne Ausnahme nur Tabische mit luetischen Antecedentien, oder noch bestehender Lues. In anderen Bädern scheinen die Verhältnisse wieder umgekehrt zu liegen. Die hohen Procentsätze bei Erb, Gowers u. A. lassen sich nur aus der sorgfältigen Anamnese

erklären, welche diese Aerzte angestellt haben. Andere statistische Angaben, die sich nur auf ein geringes Beobachtungsmaterial stützen und die entweder sehr hohe, oder sehr niedrige Procentsätze liefern, haben keinen, oder doch nur einen sehr geringen Werth, indem hier der Zufall eine zu bedeutende Rolle spielt.

Aus den angeführten Zahlenverhältnissen geht mit positiver Sicherheit hervor, dass die Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes relativ hoch beziffert ist; selbst unter den relativ niedrigen Procentsätzen finden wir doch 14 bis 18; zieht man aus den mittleren bis höchsten (also 20 bis 88) das arithmetische Mittel (54), so ergiebt sich ein Verhältniss, welches die Syphilis zweifellos, nächst intensiver Erkältung, in erste Linie unter den Antecedentien der Tabes zu bringen berechtigt. Ich stelle dieses Verhältniss einstweilen als Faktum hin. Dass in vielen Fällen, namentlich auch in den von mir beobachteten, ausser der Syphilis noch andere, als ätiologisch aufzufassende Momente in der Vorgeschichte der Tabes zu verzeichnen sind, auf die ich später zurückkommen werde, unterliegt keinem Zweifel. Von Wichtigkeit ist Mendel's[17]) Angabe, dass bei der progressiven Paralyse der Irren (Dementia paralytica), die ja bekanntlich eine nahe Verwandtschaft mit Tabes hat und oft genug das Endstadium der letzteren bildet (vergl. die 21. und 23. Beobachtg.), in nicht weniger denn 76 pCt. vorausgegangene sekundäre Syphilis constatirt wurde. Snell[8b]) giebt ungefähr dasselbe Verhältniss an. Von nicht geringem Interesse ist ferner die von Erb[9]) mitgetheilte Gegenprobe, die derselbe an 400 meist an nervösen Erkrankungen, nicht tabischen und nicht direkt syphilitischen Leidenden anstellte: in ganz denselben Schichten der Bevölkerung, wie bei seinen Tabischen, fand er bloss 23 pCt., welche Schanker und Syphilis gehabt hatten, während die Tabischen 88 pCt. lieferten.

Ich kann nun nicht umhin, zweier Verhältnisse zu erwähnen, die für die Beurtheilung der Statistik in Bezug auf Syphilis von Wichtigkeit sind, die auch von gegnerischer Seite benutzt wurden, um die Bedeutung der Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes abzuschwächen: es ist einmal *die grosse Verbreitung der Syphilis* und dann die Schwierigkeit, um nicht zu sagen Unmöglichkeit, Syphilis von bloss venerischen Geschwüren in der Anamnese genau zu unterscheiden.

Es kann wohl als feststehend angenommen werden, dass die Syphilis eine der verbreitetsten Krankheiten der Jetztzeit ist und dass man namentlich in grösseren Städten und in gewissen Ländern einen ungemein hohen Procentsatz dieser Seuche nicht allein für die weibliche, sondern vorzugsweise für die männliche Bevölkerung annehmen darf. Die Verhandlungen der internationalen statistischen und medicinischen Congresse und die zahlreichen, diesen Gegenstand behandelnden Schriften sprechen für diese Annahme. Sigmund,[18]) der über ein colossales syphilitisches Material gebietet, weist nach einer statistischen Mittheilung, die 28 Jahre (1849—1876) umfasst, die absolute und relative Zunahme der Syphilis nach; an einer anderen Stelle[19]) nennt er die Syphilis „die ärgste aller Weltseuchen, die sich immer mehr ausdehnt, tückischer als alle übrigen und die kommenden Geschlechter vergiftet." Rosenthal's[15]) Ansicht, dass die „anamnestische" Syphilis bei Tabischen in der überwiegenden Mehrzahl von Fällen auf jene Nachbarländer (Frankreich, Russland?) sich vertheile, in welchen die Syphilis überhaupt häufiger zu finden sei, bedarf des Beweises aus der Statistik, die einstweilen sehr mangelhaft ist. Wenn Fr. Müller[14]) anführt, dass er bei tabischen Landleuten die Syphilis niemals in der Vorgeschichte gefunden habe, so ist die Zahl 7 viel zu klein, um daraus einen Schluss ziehen zu können; im Gegensatz dazu stehen aber die auf breiteste Basis sich stützenden statistischen Angaben von

O. Hjelt[20]) in Helsingfors in Bezug auf die enorme Verbreitung der venerischen Krankheiten (Syphilis und venerische Affektionen) in den nördlichen Ländern, vorzugsweise in Finnland, nicht allein unter der weiblichen Bevölkerung und in Städten, sondern ebensosehr unter der männlichen und auf dem Lande. In allen grösseren Städten Europa's mag es nicht besser stehen; die Statistik hat hier noch ein grosses Feld zu bebauen. Es ist hier nicht der Ort, auf diese Verhältnisse weiter einzugehen, doch kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass es von grossem Interesse sein dürfte, zu erfahren, wie hoch sich der Procentsatz der Tabischen nach Syphilis unter der ländlichen Bevölkerung herausstellt, da allgemein betont wird, dass die Tabes in grossen Städten und in den höheren Berufsklassen vorzugsweise vorkomme; ferner nachzuweisen, ob die Tabes in den letzten Decennien an Häufigkeit zugenommen habe, was man wohl a priori aus der Zunahme der Krankheiten des Nervensystems im Allgemeinen annehmen dürfte, wofür jedoch der positive Beweis schwerlich beizubringen ist.

Was kann man aber aus der Zunahme der Syphilis anders folgern, als dass sie einen immer grösser werdenden Spielraum in der Aetiologie einer Menge der schwersten organischen Krankheiten gewinnt, wie dieses das sich täglich anhäufende klinische und pathologisch-anatomische Material sattsam beweist; und unter diesen Erkrankungen zeigen die des Nervensystems nicht die geringste Ziffer.

An dieser Stelle dürfte die Mittheilung nicht ohne Interesse sein, in welchem numerischen Verhältniss die syphilitischen Erkrankungen des Gesammtnervensystems zu den übrigen syphilitischen Krankheitsformen *nach meiner eigenen Erfahrung* stehen. Unter 3400 an Syphilis in allen, aber meist in vorgerückten Stadien von mir behandelten Fällen, die journalisirt wurden, litten 290 (circa 8,50 pCt.) an Affektionen

des Nervensystems, die mehr oder weniger mit Syphilis in Verbindung standen (Engelsted[21]) hat fast 5 pCt.); von diesen 290 Fällen litten an Affektionen des Rückenmarks (meist Fälle von Myelitis und Leptomeningitis, ausschliesslich der Tabes) 69 (circa 24 pCt. und circa 2 pCt. von der Gesammtzahl), an tabischen Erscheinungen 40 (14,4 pCt. und 1,6 pCt. von der Gesammtzahl). So richtig dieses Zahlenverhältniss der gesammten Affektionen des Nervensystems zur Syphilis im Allgemeinen ist, so unbestimmt und unsicher ist das der Tabes und zwar aus dem Grunde, weil fast alle meine Fälle von Tabes aus den 50er und 60er bis in die Mitte der 70er Jahre nur dann als solche angesprochen wurden, wenn bereits Ataxie, Parästhesien, oder wenigstens das Romberg'sche Zeichen bestand; wogegen ohne allen Zweifel eine Menge solcher Kranken, die erst in den Initialstadien der Tabes standen, wegen der damaligen Unkenntniss vieler tabischen Initialsymptome nur zu den Affektionen des Nervensystems im Allgemeinen, namentlich zu den Neuralgien, oder gar zu Rheumatismus und Hypochondrie gerechnet worden sind. Auf diese Weise stellt sich das numerische Verhältniss meiner Tabesfälle zu der Syphilis als ein relativ zu geringes heraus. A. Erlenmeyer jun.[22]) bezeichnet mit Recht die Terminologie „Ataxie" als Grund für das häufige Uebersehen wirklich vorhandener Tabes, wo jenes Symptom fehlt. Ich werde bei der Einleitung zu meinen Beobachtungen noch Gelegenheit finden, auf diese Verhältnisse zurückzukommen.

Der andere Einwurf gegen den hohen Procentsatz der Syphilis in der Anamnese der Tabischen, bezieht sich auf die Schwierigkeit, Syphilis oder bloss venerische Affektionen bei den betreffenden Kranken anzunehmen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die eigenen Angaben der Patienten in dieser Beziehung oft höchst vage und unbestimmt sind, weil beim grösseren Publikum selbstredend eine grosse Unkenntniss

in diesen Dingen vorherrscht, abgesehen von der Bemühung, eine stattgefundene Infektion zu verschleiern. Diese Unkenntniss geht so weit, dass mir nicht selten Fälle mit unzweideutig syphilitischen Formen (Syphiliden, Schleimhaut-Affektionen etc.) selbst bei Personen aus den gebildeten Ständen vorgekommen sind, welche dieselben, obgleich einen verdächtigen Coitus nicht in Abrede stellend, auf andere Krankheitsprozesse, denn Syphilis, bezogen. Auf der anderen Seite sind aber auch die Ansichten der Syphilidologen über die Beschaffenheit der ersten lokalen Affektion noch weit von einer Einigung, und der Streit zwischen Unitariern und Dualisten ist noch in der Blüthe. In gewissem Grade sind nur die Zeichen konstitutioneller Syphilis entscheidend; wie es in der Vorgeschichte derselben aussieht, beweist eine kleine, aber sehr instruktive Tabelle bei Engelsted.[21]) Ich sage mit Absicht „in gewissem Grade", denn welchem in syphilitischen Dingen erfahrenen Arzt wäre es unbekannt, dass oft bei lokaler Behandlung leicht und rasch vorübergehende Lokalaffektionen, sei es an den Geschlechtstheilen oder an anderen Stellen (und hier gerade am gefährlichsten) in späterer Zeit von destruktiven Formen der Visceralsyphilis gefolgt werden; ob in solchen Fällen verbindende, entweder übersehene oder geleugnete Mittelglieder vorgekommen sind, ist nicht immer festzustellen.

Bei dieser Unsicherheit sowohl der wissenschaftlichen Ansichten, wie der Erfahrungen muss man sich mit dem Ausgleich bescheiden, dass jede venerische Affektion verdächtig ist; dass jedoch für die finale Beurtheilung, ob eine syphilitische Infektion stattgefunden hat oder nicht, in jedem einzelnen Falle nach Anhaltspunkten zu forschen ist, die sich nicht nur auf Syphilis, sondern auch auf andere ätiologische Momente beziehen; dieses gilt namentlich für die uns beschäftigende Krankheit. In den statistischen Angaben finden

sich einzelne Unterscheidungen zwischen „Schanker mit und ohne sekundäre Symptome“ (vergl. Erb, Westphal, Gowers), relativ hoch und niedrig, stets aber proportional den verschiedenen Ansichten beziffert, was für die zu verwerthende Statistik keinen durchschlagenden Unterschied macht, denn bei Erb und Gowers bleiben immer noch 59, resp. 53 pCt., bei Westphal die angeführten 14,6 pCt. In meinen 36 mitgetheilten Beobachtungen konnte nur in 6 Fällen Zweifel an Syphilis bestehen.

Nach dem Abwägen dieser Angaben darf es als feststehend angenommen werden, dass die Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes in einem relativ hohen Procentsatz auftritt; ferner dass, mit Zuhülfenahme der aus einer grossen Zahl genau beobachteter Fälle sich ergebenden Indicien, die sich oft wie Glieder einer Kette aneinanderreihen und bis zur Entwicklung der Tabes verfolgen lassen, der Schluss gerechtfertigt erscheint: die Syphilis als ein hervorragendes ätiologisches Moment bei der Pathogenese dieser Krankheit in vielen Fällen zu betrachten. Ob die Syphilis nur in einem prädisponirenden Verhältniss zur Tabes steht, wie etwa erbliche Anlage, körperliche und geistige Ueberanstrengung, Excesse etc., oder ob sie direkt die Tabes veranlasst, wie Erkältung, heftige Gemüthsbewegungen etc., ist unentschieden, wie es ja auch für die Mehrzahl der eben angegebenen ätiologischen Momente ist, und wird es so lange bleiben, bis eine eigentliche spezifische Sklerose der Hinterstränge bewiesen ist. Ein zufälliges Zusammentreffen der Syphilis mit Tabes kann nicht in Abrede gestellt werden, wie aus mehreren meiner, namentlich nicht geheilten Fälle hervorgeht und wie ich es in den Epikrisen näher angeben werde; ebensowenig darf ein Ueberwiegen anderer ätiologischen Momente vor der Syphilis geleugnet werden.

Ich schliesse mich also den Folgerungen an, die Fournier, Erb, E. Schultze, Gowers u. A. aus der Statistik ziehen.

Diagnostisches.

Wenn ich auch für die pathologische Anatomie keinen Beitrag zu bringen vermag — das Gegentheil wäre schon zur Controle mehrerer meiner Fälle wichtig gewesen —, so habe ich mich von der Mittheilung derselben doch nicht abhalten lassen, da sie für den Praktiker auch ohne Sektions-Berichte, wie ich mir denke, in manchen Beziehungen von einigem Interesse sein dürften. Es steht mir in pathologisch-anatomischer Beziehung des in Frage stehenden Gegenstandes kein anderes Urtheil zu, als mich im Hinblicke auf die Rückschlüsse aus meinen Erfahrungen über Tabes mit syphilitischen Antecedentien an die eine oder andere Ansicht über das pathologische Substrat der Tabes, speziell über die Syphilis des Rückenmarks, anzuschliessen. Es ist für den Praktiker bei den auch in der Gegenwart noch so sehr differirenden Ansichten über die Pathologie der Tabes äusserst schwierig, sich für die eine oder andere Ansicht zu entscheiden, da beide mit gewichtigen Gründen einander gegenüberstehen. Wenn ich es wage, so lasse ich mich nur durch meine eigenen Erfahrungen leiten und diese führen mich dahin, mich denjenigen Autoren anzuschliessen, welche eine *ausschliessliche* Erkrankung der Hinterstränge für das Zustandekommen der Tabes in Frage stellen. Zu den Vertretern dieser Ansicht gehören wie bekannt u. A. Charcot und Pierret; sie nehmen eine Betheiligung der grauen Substanz und der Seitenstränge an; Erb[28]) zieht aus vielen Thatsachen den Schluss, dass die typische Form der Tabes nicht ausschliesslich auf einer Erkrankung der Hinterstränge beruhe, sondern dass bei ihr noch andere, den Hintersträngen benachbarte Theile in

Mitleidenschaft gezogen sein müssten. Dieses gilt noch mehr für die atypischen Formen, welche zahlreiche Complicationen und Uebergänge zeigen und sogar über das Rückenmark hinausgreifen, wodurch combinirte und complicirte Krankheitsbilder entstehen, aus denen der typische Kern sich herausfinden lässt.

Ich verweise für diese Ansichten auf das von mir beigebrachte anamnestische und symptomatologische Material, indem ich es Jedem überlassen muss, dasselbe anders zu deuten. Manche werden aus meinen Fällen nur Gehirn-Erkrankung oder chronische Myelitis im allgemeinen Sinne, resp. Gehirn- oder Rückenmarkssyphilis herausfinden, namentlich Diejenigen, welche die Tabes als eine rein systematische Erkrankung der Hinterstränge ansehen; ich bin auf eine solche Deutung gefasst und muss mich damit bescheiden, dass meine entgegenstehende Ansicht sich an die bedeutender Nervenpathologen anlehnt.

Was Virchow[24]) bereits im Jahre 1865 über die Syphilis des Rückenmarks aussprach, dass sie noch am allerschlechtesten erforscht sei, gilt mehr oder weniger noch gegenwärtig. Es ist eine Annahme ohne viel Begründung und der Analogie widersprechend, die Syphilis des Rückenmarks sei seltener, als die des Gehirns; wesshalb sollte eine Infektionskrankheit wie die Syphilis, der alle Organe erreichbar sind, bei Organen, die aus denselben Gewebselementen bestehen, das eine seltener befallen, denn das andere? Wir kennen wohl Prädilektionsstellen der Syphilis, z. B. an der äusseren Haut, den Schleimhäuten, den Knochen etc.; aber dann handelt es sich doch immer von den Manifestationen derselben Krankheit in denselben Organen, und diese Stellen haben bloss einen grösseren irritativen Zustand vor den anderen voraus. Wir müssen uns bescheiden zu sagen, dass wir die krankhaften Veränderungen des Gehirns besser kennen,

als die des Rückenmarks und zwar in Folge der durch die anatomischen Verhältnisse bedingten leichteren Untersuchung des Gehirns im Gegensatz zum Rückenmark. Man kann sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass die Syphilis des Rückenmarks immer mehr aufgeklärt werden und der Procentsatz der syphilitischen Rückenmarkserkrankungen denen des Gehirns immer näher kommen wird. Man könnte jetzt schon den Spiess umwenden und aus concommittirenden Symptomen den Schluss ziehen, dass wir es in manchen beschriebenen Fällen mehr mit Lues des Rückenmarks, denn des Gehirns zu thun hatten.

Steht auch der positive pathologisch-anatomische Beweis einer syphilitischen Tabes noch aus, so möchten wir hier doch an den längst gethanen, aber noch stets gültigen Ausspruch Virchow's [24]) in Bezug auf Rückenmarkssyphilis erinnern: „Das ganze, wahrscheinlich ziemlich grosse Gebiet der einfach *irritativen* Prozesse wartet noch der genaueren Aufklärung; und wenn es auch nicht bezweifelt werden kann, dass manche Fälle von Tabes, namentlich von grauer Atrophie, syphilitisch sind, so ist doch die Beobachtung erst im Anfange." Gerade bei der grauen Degeneration der Hinterstränge, die ja eine Art von primärer chronischen Entzündung darbietet, die mit dem Character der Hyperplasie einhergeht, ist an das Produkt der syphilitischen Reizung zu denken.*)

*) Der neuerdings von Westphal [13]) mitgetheilte, hauptsächlich Sektions-Fall, in welchem syphilitische Herderkrankung des Gehirns (gummöse Geschwulstknoten dicht über dem Balken) mit gleichzeitig parenchymatöser Erkrankung im Halsmark der Goll'schen und Burdach-schen Stränge gefunden wurde (im Leben sollen keine ataktischen Erscheinungen der Oberextremitäten vorhanden gewesen sein), giebt zu manchen Erwägungen Anlass, denen Westphal selbst Rechnung trägt. Ich behandle augenblicklich einen Kranken, bei dem eine Herderkrankung des Gehirns auf luetischer Grundlage mit einem Symptomencomplex besteht, der auf eine syphilitische Frkrankung der Seitenstränge hinweist.

Es ist eine bekannte Erfahrung, dass die Syphilis der Centraltheile des Nervensystems in ihren Erscheinungen während des Lebens im Grossen und Ganzen dieselben sind, wie die durch nichtsyphilitische Erkrankungen dieser Theile bedingten. Dieser allgemeine Erfahrungssatz schliesst jedoch nicht gewisse Eigenthümlichkeiten aus, die bei der Gehirn- und Rückenmarkssyphilis beobachtet werden; für die Hirnlues haben Wunderlich[3]) und sein Schüler Heubner[25]) diese Eigenthümlichkeiten in klassischer Weise klinisch beschrieben. Ein ähnliches Verhalten scheint nun auch die Rückenmarks-Syphilis, speziell die tabetischen Formen darzubieten. Pathognomonische Kennzeichen der mit Syphilis in Verbindung stehenden Tabes giebt es nicht; allein auch hier stellen sich Abweichungen dar, welche die Differentialdiagnose zwischen beiden Arten der Tabes, wenn auch nicht mit positiver, so doch mit annähernder Sicherheit feststellen lassen. Wunderlich betont, dass „tabetische Formen", die auf Syphilis beruhen, meist unrein und zeitig mit Abmagerung und Abnahme der motorischen Kraft gemischt vorkommen; auch Heubner[25]) hebt für die Rückenmarkssyphilis das Schwanken in den Störungen der Motilität und Sensibilität, die Schnelligkeit, mit der die einzelnen Lähmungen in der Zeit aufeinanderfolgen und die vorausgehenden meningitischen Symptome hervor; ist dann nach ihm die primäre und sekundäre Degeneration auf die Hinterstränge beschränkt, so können sich nachher verschiedene Erscheinungen der Tabes, namentlich der Ataxie, in sehr entwickelter Form darbieten. Die Genese einer solchen „syphilitischen" Tabes sei aber eine andere, als die der gewöhnlichen und dürfe mit dieser nicht identificirt werden. Der Zusatz ist nicht recht deutlich, wenn er anders verstanden werden soll, als dass es eine syphilitische Tabes gebe. Benedikt[10]) spricht sich in ähnlichem Sinne aus; er ist der Ansicht, dass man die „syphilitische

Tabes" von der „nichtsyphilitischen" sehr häufig auch ohne Anamnese erkennen könne; einmal durch ein ganz merkwürdiges Schwanken in den Erscheinungen, so dass vollständige (?), oder fast vollständige Heilungen mit schweren Recidiven wechseln; ein anderes Mal dadurch, dass das Leiden ganz atypisch beginne und sich dann zur Tabes entwickele; unzweifelhaft aber gebe es noch syphilitische Fälle von Tabes, die ein ganz typisches Bild lieferten. — Fournier[6]) legt für die Diagnose seiner syphilitischen Tabes das grösste Gewicht auf die „types frustes", oder „types incomplets", also auf die atypischen Formen; er unterscheidet 1) den lumbaren oder spinalen Typus, in welchem die Gehirnnerven nicht mitergriffen sind; 2) den cephalen Typus, wo das Gegentheil stattfindet, und 3) den okularen oder amaurotischen Typus. Man wird aber diese Fournier'schen atypischen Formen ebenso häufig in der gewöhnlichen Tabes antreffen. Viel mehr Gewicht ist auf Fournier's Erfahrung zu legen, dass die mit Syphilis in Verbindung stehende Tabes sich zu anderen spezifischen Läsionen des Nervensystems geselle oder ihnen folge; er nennt u. A. die *syphilitische Hemiplegie* und *Paraplegie.* Diese Angabe stimmt mit den von Erb[26]) aufgestellten atypischen Formen der Tabes überein: frühzeitiges Erscheinen motorischer Schwäche und Parese, während die Ataxie weniger ausgesprochen sei; es könne so zu Symptomenbildern kommen, welche an Paraplegie erinnern; ferner Hervortreten von *Rückenschmerz* und *Spinalempfindlichkeit,* die man als meningitische Complikation ansprechen könne; endlich Complikation mit *psychischen Störungen.* Diese atypischen Formen, diese „combinirten und complicirten Symptomenbilder" (Erb) finden sich nun gerade häufig in meinen Fällen und gingen den tabischen Erscheinungen vorher: *meningitische Symptome cephaler* und *spinaler* Art oder beide verbunden (2., 3., 6., 9., 12., 19., 20. Beobachtg.); *Paresen* und *Paralysen* einzelner

Glieder, *Hemiplegien* (2., 6., 7., 11., 13., 20. Beobachtg.); als fernere cephale Störungen: *apoplektischer Insult, epileptiforme Anfälle, Aphasie* (3., 4., 7., 12., 15. Beobachtg.); *Muskelatrophien* kamen nicht in besonders ausgesprochener Weise vor; von einigen anderen Störungen wird in den Epikrisen die Rede sein. Die Complikation mit *psychischen Störungen* (Dementia paralytica) fand in den 3 Fällen (21., 23., 27. Beobachtg.) erst als finales Stadium der Tabes Statt.[27]) — Die erstgenannten Störungen ereigneten sich gerade in den Fällen, wo in Folge einer spezifischen Kur Heilung, oder doch entschiedene Besserung und Stillstand folgten. Solche atypischen Formen müssen den Verdacht auf einen luetischen Ursprung der Tabes, oder doch auf eine Complikation mit Lues erregen; sie bedingen unstreitig eine bessere Prognose, als die typischen Fälle.

Die *Augenstörungen* spielen in meinen Fällen keine hervorragendere Rolle, denn in den Initialstadien der Tabes und in der Hirnsyphilis; man kann ihnen desshalb nicht den atypischen Character beilegen; sie kamen wahrscheinlich häufiger in der Vorgeschichte meiner Fälle vor, als berichtet wurde. Welche Bedeutung sie für die Diagnose der Syphilis der Centraltheile des Nervensystems und in prognostischer Beziehung für den Uebergang in psychische Störungen haben, ist bekannt.[28]) In meinen 36 Beobachtungen wurden 13 Mal Augenstörungen bemerkt. Was die *Augenmuskellähmungen* (incl. Diplopie und Accomodationsstörungen) betrifft, so waren sie wohl in den meisten Fällen (8., 9., 13., 21., 30., 33., 34. Beobachtg.) intercraniell, kaum ein einziger von orbitalem Sitz; die *Sehnervenatrophie* kam einmal als prodromales Symptom vor (9. Beobachtg.); in diesem Falle war, wie in dem Benedikt'schen, der Ausgang bezüglich der Motilitätsstörungen ein günstiger; *Amblyopien* mit wahrscheinlichem Ausgange in Amaurose bieten die 24. und 36. Beobachtung dar;

Mydriasis die 31. und 32., *Myosis spinalis* die 6., 15. und 36., *Iritis* die 1. Beobachtg. Die 33. Beobachtung hat in ophthalmologischer Beziehung wohl das meiste Interesse.

Indem ich die pathologisch-anatomische Frage, ob die Syphilis im Stande sei, eine Systemerkrankung,*) für welche die Tabes angesehen wird, erzeugen könne, selbstredend den Fachmännern überlassen muss, kann ich mich nur vom klinischen, also symptomatologischen Standpunkt aus, mit Zuhülfenahme der Statistik und den aus den therapeutischen Erfolgen (ex juvantibus) gezogenen Schlüssen zu der Ansicht bekennen: dass eine syphilitische Tabes höchst wahrscheinlich ist; dass die Tabes in anderen Fällen nicht eine zufällige Complikation, sondern eine Combination mit Syphilis bildet, welche auf den tabischen Symptomencomplex von Einfluss ist; dass man aber in anderen Fällen, wo Syphilis der Tabes vorausgegangen, eine gewöhnliche Tabes annehmen muss, die auf andere prädisponirende und occasionelle ätiologische Momente zurückzuführen ist. Im Grossen und Ganzen stimmen meine Folgerungen mit denen von Fournier, Vulpian, Erb, Berger, Benedikt u. A. überein. Die aus diesen Folgerungen sich ergebenden prognostischen Beziehungen und

---

*) In Bezug auf die Frage, ob die Syphilis eine „System-Erkrankung" erzeugen könne und ob die Tabes eine „System-Erkrankung" sei, drückt sich Erb[9]) folgendermassen aus: „Zum anderen kann aus der uns bekannten Art und Wirkungsweise des syphilitischen Giftes unmöglich auch nur mit einiger Sicherheit gefolgert werden, dass die Syphilis eine „Systemerkrankung", wie die Tabes, *nicht* hervorrufen könne. Der Beweis, dass die Tabes wirklich eine „Systemerkrankung" ist, steht noch aus (— und in der That, was muss das für ein „System" sein, in welchem Augenmuskelnerven und Opticus, die sensiblen Nerven der Extremitäten, die Blasennerven, die coordinatorischen Bahnen, die pupillaren Fasern u. a. m. ihre Stelle finden! —); und wer besitzt die beneidenswerthe Kenntniss des syphilitischen Giftes, um von ihm behaupten zu dürfen, *es könne das nicht?*"

therapeutischen Massnahmen folgen in der speziellen Abtheilung.

Bisherige Kurresultate.

Die Resultate einer spezifischen Kur in solchen Fällen von Tabes, wo syphilitische Antecedentien zugegen waren, oder wo Syphilis noch besteht, sind eben so widersprechend, wie die statistischen Angaben. Auf den ersten Blick mag es auffallen, dass über eigentliche Heilungen, auch über notorische Besserungen (Stillstand) nur spärliche Mittheilungen bestehen; zieht man jedoch in Betracht, dass Lues als ein in Frage stehendes ätiologisches Moment bei der Tabes erst in der neueren Zeit mehr berücksichtigt worden ist, denn früher, und dass darauf hin erst spezifische Kuren mehr in Aufnahme gekommen sind, als bisher, so erklärt sich doch wohl theilweise die Spärlichkeit der therapeutischen Erfolge. Uebrigens werden die Gegner der Annahme einer Tabes auf luetischer Grundlage entweder gar keine solche Kuren, oder doch nur seltene und unter gewissen Restriktionen veranstaltet haben. Es lässt sich überdies a priori annehmen, dass eine Menge syphilitischer Kranken mit tabischen Initialsymptomen, die man früher nicht als solche erkannte, durch antisyphilitische Kuren hergestellt worden sind; ein Gegenstand, auf den ich später noch zurückkommen werde.

Ein anderer Faktor, die Geringfügigkeit der bisherigen therapeutischen Erfolge zu erklären, liegt in dem Umstande, dass aller Wahrscheinlichkeit nach manche Fälle von Rückenmarkssyphilis, resp. von Tabes, unter Gehirnsyphilis beschrieben und als solche therapeutisch verwerthet worden sind; man hat eben nur Rücksicht genommen auf das cephalische Stadium der Tabes (Augenmuskellähmungen, Sehnervenatrophie, meningitische Symptome etc.) und die späteren paraplegischen Zustände nicht genauer auf Tabes geprüft; so

wie man auch viele Symptome, die jetzt als zum tabischen Initialstadium gehörig angesehen werden, bloss als Störungen der peripherischen Nerven, oder als rheumatische Affektionen deutete. Es dürfte nicht schwer fallen, aus manchen mitgetheilten Fällen von Gehirnsyphilis das Bild beginnender Tabes zu reconstruiren.

Es steht aber immerhin eine nicht unbeträchtliche Anzahl wenigstens gebesserter und zum Stillstand gebrachter Fälle von Tabes mit syphilitischen Antecedentien und einige, wenn auch wenige, von wirklicher Heilung zu Gebot. Soweit mir das Material, incl. meiner eigenen Erfahrungen, vorliegt, citire ich folgende Fälle; alle sind spezifisch (mit Quecksilber oder Jod) behandelt worden.

Fournier[6]) berichtet aphoristisch über 6 eigene Fälle: Heilung eines Falles mit Initialsymptomen; Besserung eines zweiten (Ataxie und Augenmuskellähmungen), denn es stellten sich leichte Recidive ein; 4 andere Fälle gebessert. Fournier theilt folgende 4 fremde Fälle mit: 3 geheilte Fälle von Teissier, Dujardin-Baumetz, Sée und Galezowski; 1 bedeutend gebesserter Fall von Ladreit de la Charrière; er citirt ausserdem Marius Carre, welcher in seiner Monographie im Allgemeinen von Heilung und Besserung der Ataxie durch spezifische Kuren spricht. — Unter den Fällen von Rückenmarksleiden mit Syphilis, die mein verstorbener College Diemer[29]) mittheilte, sind vielleicht 3 Fälle (wahrscheinlich nur 1), die auf Tabes zurückzuführen sind (Nr. 72, 73 und 74); nach Trink-, Bade- und Inunktions-Kuren trat in 2 Fällen Besserung ein, in einem Falle (Nr. 74) bloss Verschwinden der Syphilis. — A. Reder[29]) theilt einen Fall von „Tabes syphilitica" mit, der durch spezifische Kuren entschieden gebessert wurde; in der Rückbildung und dem Wiedererscheinen der tabischen Symptome hat derselbe Aehnlichkeit mit meiner 21. Beobachtung. — O. Berger[7]) theilt

1 Fall von Heilung mit.*) Erb[8a]) citirt 5 Fälle, davon 3 mit Besserung und Stillstand (Aachen und Inunktionskur), 2 ohne Erfolg. — Franz Müller,[31]) der sich mehr gegen, denn für eine syphilitische Tabes ausspricht, citirt doch einen Fall von beginnender Tabes mit manifesten luetischen Symptomen, in welchem die spezifische Kur von Erfolg war. — Mein College G. Mayer theilt mir nach seiner Erfahrung mit: Stillstand der Krankheit oder Besserung in vielen Fällen, vollständige Heilung nicht. — Lewin[40]) betont, dass bei frühem Beginn von syphilitischen Rückenmarksleiden (darunter sind doch wohl tabische Fälle verstanden), die merkurielle Kur viel leiste. — L. Lehmann[45]) führt 2 Fälle von Heilung in Folge von merkuriellen Kuren an. — M. Buch[32]) theilt einen Fall mit, wo ausser Syphilis heftige Erkältung und deprimirende Gemüthsaffekte stattgefunden hatten; eine kräftige Schmierkur, Bäder und constanter Strom erzielten bedeutende Besserung. — Benedikt,[10]) der unverhohlen von einer „syphilitischen Tabes" (Syphilis der Hinterstränge) spricht, sagt im Allgemeinen, dass man es durch spezifische Kuren (neben anderen) versuchen müsse, solche Fälle zu bessern, resp. zum Stillstand zu bringen.

---

*) Herr Prof. Berger hatte die Gefälligkeit, mir über diesen Fall folgende briefliche Mittheilung zu machen: „Der betreffende Offizier hatte im Jahre *1863 ulcus durum;* bei der Untersuchung i. J. 1869 bot er den pathognostischen Symptomencomplex der Tabes dar. Die ataktischen Erscheinungen angeblich erst seit einigen Monaten -- heftige Schmerzen in beiden Beinen, Parästhesien in Beinen und Armen, Constriktionsgefühl in der Nackengegend, Müdigkeit der Beine, hochgradigste Störungen des Tast- und Muskelsinns an den unteren Extremitäten, starkes Schwanken bei geschlossenen Augen, exquisit ataktischer Gang, Ischurie, Abnahme der Potenz, Gesichtsfelddefekte, herabgesetzte Sehschärfe. Nach längerer Galvanisation bei gleichzeitiger Anwendung von Kalium jodat. eine gewisse Besserung; doch erst nach einer Schmierkur und Weitergebrauch des Jods *definitive,* seit Jahren constatirte *Heilung.* In späteren Jahren noch Cephalalgien, (besonders nächtliche), die durch Jodkal. beseitigt wurden."

Ich selbst habe in zwei meiner früheren Schriften [34], [35]) einige Fälle von Tabes auf syphilitischer Grunndlage mitgetheilt, davon einen mit Heilung (47. Beobachtg. der 2ten Schrift), welche auch von Braus [33]) im Auszuge angeführt wurde und in dieser Arbeit die 2. Beobachtg. bildet; ein paar andere Fälle lassen die Diagnose auf Tabes nicht mit Bestimmtheit zu. Ueber das Kur-Resultat meiner eigenen 36 Beobachtungen und die Folgerungen, die ich aus diesen und den fremden Fällen ziehe, werde ich später berichten.

Negative Resultate bei spezifischer Behandlung finden sich bei: Duchenne de Boulogne; er bemerkt, dass er bei mehreren seiner Kranken die unverkennbaren Zeichen der Syphilis angetroffen habe, dass jedoch die Antisyphilitica nichts gegen die Ataxie ausgerichtet hätten; O. Braus, [30]) Fall VI., p. 34 u. 99, Hirnsyphilis mit tabischen Symptomen, Steenberg (bei Braus); Westphal [13]) kennt keinen einzigen Fall von Heilung durch spezifische Kuren, spricht aber nicht gegen den Versuch von spezifischen Kuren vom praktischen Standpunkte aus und unter gewissen Bedingungen; Rosenthal [15]) sah in 7 Fällen durch spezifische Kuren eine auffällige Verschlimmerung der tabischen Beschwerden; 3 davon waren ältere Fälle; in den 4 anderen, die an Lues behandelt wurden, kam die Tabes erst nach Jahren zum Vorschein (vergl. meine 24. Beobachtung).

Allgemeine Bemerkungen zu den eigenen Beobachtungen.

Bevor ich auf meine Beobachtungen speziell eingehe, sehe ich mich veranlasst einige allgemeine und mehr äussere Gesichtspunkte zu berühren, die zur Beurtheilung derselben nothwendig erscheinen. Die nachstehende Arbeit ist eine *klinische* und zwar in dem Sinne, wie der Arzt seine Beobachtungen in der Privatpraxis (in meinem Falle während einer

umfangreichen Badepraxis) nur eben zu machen im Stande ist. Es konnten desshalb auch nicht alle diagnostischen Hülfsmittel angewendet werden, wie sie namentlich die Neuzeit in reicher Fülle eingeführt hat und wie solche meist nur in der Hospitalpraxis anwendbar sind. Für meine älteren Fälle konnte davon selbstredend nichts verwerthet werden. Und demnach glaube ich, dass die gröbere Diagnose auf Tabes und auf Fälle, welche die deutlicheren Initialsymptome derselben mehr oder weniger darboten, richtig gestellt wurde, indem ich mich bemühte, alle meine zahlreichen Fälle, die sich auf Myelitis im Allgemeinen beziehen, von den anderen auszuscheiden, welche Symptome eines vorzugsweisen Ergriffenseins der Hinterstränge darboten.

Da meine Arbeit also vorzugsweise eine klinische ist, so musste der Schwerpunkt mit in die Resultate der Therapie gelegt werden, also auch wo möglich die Zukunft der Behandelten umfassen. Wer mit den Verhältnissen eines Badearztes bekannt ist, weiss wie viele Schwierigkeiten in der Mehrzahl der Fälle sich darbieten über das fernere Schicksal der Kurgäste, also über die Erfolge der Kur, etwas Zuverlässiges zu erfahren. Am schwierigsten ist dieses wohl an Badeorten, wo, wie in Aachen, neben der balneotherapeutischen Behandlung rheumatischer und Hauterkrankungen, combinirte Bade- und spezifische Kuren gegen meist veraltete und schwere syphilitische Erkrankungen in grossem Massstabe stattfinden, die ja oft erst nach längerer Zeit ein mehr oder weniger sicheres Resultat liefern. Für meinen Zweck habe ich mich nun bemüht sowohl von den Haus- und anderen Aerzten, wie auch in einzelnen Fällen von den ehemaligen, meist den höheren Ständen angehörenden Kurgästen selbst etwas Zuverlässiges über ihr ferneres Schicksal zu erfahren; manche kamen zur Wiederholung der Kur ein oder mehrmals zurück und lieferten so durch die erneuerte Untersuchung das fernere Material.

So wird man unter den mitgetheilten Beobachtungen mehrere Fälle finden, deren fernere Schicksale eine lange Reihe von Jahren hindurch controlirt werden konnten, selbst bis zum finalen Ende. Ich sehe in dieser ausgedehnten Controle einen Vorzug vor vielen anderen Beobachtungen, in denen oft nur von dem augenblicklichen Effekt einer Kur die Rede ist, der häufig täuschend ist und nach dem der Arzt nicht immer sein Handeln einzurichten bestimmt wird. Leider bin ich nicht immer in der von mir erbetenen Weise unterstützt worden, was ich um so mehr bedauere, als gerade in den letzten Jahren so manche pathognomonische Merkmale (ich erinnere hier nur an die Sehnenreflexe) aufgefunden worden sind, deren nähere Untersuchung auch in einer späteren Zeit schätzbare Anhaltspunkte geliefert haben würden.

Die meisten der mitgetheilten Beobachtungen betreffen ältere tabische Fälle, die wenigsten solche, welche sich im Initialstadium befanden. Es unterliegt nun keinem Zweifel, dass unter meinen 290 Fällen von syphilitischen Erkrankungen des Gesammt-Nervensystems (vergl. p. 15) eine Menge solcher gewesen sind, in denen tabische Initialsymptome vorhanden waren, die jedoch von Mitte der 50er bis Mitte der 70er Jahre als solche nicht gedeutet wurden, weil die genauere Kenntniss derselben meist erst neueren Ursprungs ist. In meinen Journalen finde ich eine nicht unbedeutende Zahl syphilitischer Fälle mit Symptomen, die jetzt vielfach mit dem Beginn der Tabes in Zusammenhang gebracht werden, von denen jedoch manche ebenso der Gehirnsyphilis angehören; als solche nenne ich: Augenmuskellähmungen, Myosis, Mydriasis, Sehnervenatrophie (ein schon von Romberg und Arlt[36]) Mitte der 50er Jahre als Initialsymptom der Tabes bezeichnet), Analgesien, Dysthermie (Rosenthal), leichte Motilitäts-, funktionelle Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsstörungen, blitzähnliche Schmerzen, gastrische und bronchiale

Krisen u. a., ohne dass denselben während der Beobachtungszeit eine solche pathognostische und prognostische Deutung beigelegt wurden, wie es wohl jetzt geschehen wäre. Manche dieser Fälle wurden durch combinirte Bade- und spezifische Kuren von diesen Symptomen ebenso befreit, wie von anderen concommittirenden; viele davon aber mögen als Tabische, mit finalem Ausgang in paralytischen Blödsinn und andere Endstadien zu Grunde gegangen sein. Es wird mir später noch Gelegenheit werden, auf einige solcher Initialfälle zurückzukommen. Es folgt hieraus, dass auch das statistische Verhältniss meiner tabischen Fälle zu der Gesammtzahl der von mir behandelten Syphilitischen (40 : 3400) und zu der Zahl der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems (40 : 290) kein richtiges sein kann, sondern viel zu niedrig gegriffen ist,

Wenn man auch für die genauere Feststellung der Tabes ein relativ grosses Gewicht auf solche Symptome legen muss, welche erst die Neuzeit als initialtabische aufgestellt hat: so wird man doch zugeben müssen, dass seit Romberg und Duchenne die Diagnose der Tabes auch vor längerer Zeit feststand, wenigstens in Bezug auf das mehr oder weniger ausgebildete Stadium derselben; namentlich haben die praktischen Aerzte mit Recht ein grosses Gewicht auf das Romberg'sche Zeichen gelegt und ist dasselbe noch stets eines der constantesten und regelmässigsten Symptome der Tabes, wie Erb[36]) es auch heute noch betont; ist doch auch das Fehlen der Sehnenreflexe, wie Berger[37]), H. Fischer[38]) u. A. nachwiesen, kein absolut constantes Symptom der Krankheit und können die meisten pathognostischen Symptome der Tabes vorhanden sein, ohne dass Degeneration der Hinterstränge gefunden wird (u. a. Langenbach-Westphal'scher Fall[39])).

Es ist hier nicht der Ort, dasjenige anzuführen, was in der Pathologie und Symptomatologie der Tabes bei uns und im

Auslande in der Neuzeit Vortreffliches geleistet worden ist; zahlreiche grösseren Schriften und Monographien, von denen manche in dieser Arbeit angeführt sind, legen dafür Zeugniss ab; ich betone namentlich die wichtige Entdeckung des Verhaltens der *Sehnenreflexe* und die mannigfaltigen Ergebnisse aus den Untersuchungen der Störungen der Sensibilität im Orts-, Tast- und Temperatursinn. Der Gewinn für die Therapie hat damit auch hier, wie in vielen anderen Krankheiten, nicht gleichen Schritt gehalten.

Ob der eine oder andere meiner Fälle zur Sektion gelangt ist, vermag ich nicht anzugeben; unter den von mir behandelten Tabischen starb einer hier (18. Beobachtg.); eine Sektion wurde aus religiösen Gründen nicht erlaubt; in einem der interessantesten Fälle (21. Beob.) dürfte es wohl über kurz oder lang dazu kommen und das Resultat später mitgetheilt werden.

Viele meiner Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass sie über den Beginn, die Behandlung, die Recidive etc. der syphilitischen Erscheinungen ziemlich authentische Daten enthalten; es mag dieses theilweise dadurch gekommen sein, dass solche Tabische selbst ein grosses Gewicht auf ihre syphilitischen Antecedentien legten und sich an dieselben, wie an einen letzten Anker anklammerten.

Wo es mir möglich war, habe ich zwischen ulcus molle und induratum unterschieden; was ich im Allgemeinen davon halte, habe ich bereits früher besprochen; in mehreren Fällen, wo bloss Schanker von Patienten, auch zuweilen von Aerzten zugegeben war, konnte ich doch aus bestimmten Indicien herausfinden, dass eine allgemeine Infektion stattgefunden hatte; das verdächtige Initialsymptom habe ich desshalb mit „Infektion" bezeichnet, um bei diesem differenten Befunde summarisch zu verfahren, dafür aber in den Epikrisen die Details angeführt. Dass übrigens in den meisten meiner Fälle

die Infektion von sekundären, in einigen von tertiären (Knochen-, vielleicht auch Lebersyphilis) gefolgt war, beweist das Faktum, dass unter den 36 mitgetheilten Fällen in nicht weniger denn 29 luetische Symptome in der Vorgeschichte nachgewiesen wurden; bloss in 6 Fällen (7., 10., 14., 28., 32. und 34. Beobachtg.) war es ungewiss, ob dem Initialsymptom allgemeine Syphilis folgte; in einigen davon war sie wahrscheinlich.

Die Erfahrung Erb's [8a]), dass noch bestehende luetische Symptome (der Haut, der Schleimhäute, Knochen etc.) bei Tabischen selten seien, kann ich nach meiner eigenen nicht bestätigen; unter den 36 Fällen befanden sich nicht weniger denn 14, wo noch sekundäre und unter diesen 3, wo tertiäre Symptome bei der Aufnahme zugegen waren (1., 2., 5., 8., 9., 11., 12., 15., 18., 21., 24., 25., 28 und 29. Beobachtung); unter diesen 14. Fällen waren 9 von mehr typischem und nur 5 von atypischem Verlauf. Auf die Schlüsse, die ich aus diesen Verhältnissen ziehe, komme ich später zurück. Die zahlreichen Fälle, in denen nur noch *einzelne* Lymphdrüsen infiltrirt waren, auch einige mit Augenmuskellähmungen von unbestimmtem Charakter, wurden nicht mitgezählt. Ich bemerke vorläufig, dass unter den Fällen mit noch bestehender Lues gerade solche sind, die mehr oder weniger erfolgreiche Kuren absolvirten.

Aetiologische Momente nicht syphilitischer Art.

Es ist nicht unwichtig in Fällen von Tabes mit syphilitischen Antecendien nach anderen ätiologischen Momenten zu forschen, welche die tabischen Symptome allein oder im Zusammenhang mit Syphilis veranlasst haben könnten. Bernhardt[40]) und Rosenthal[15]) legen hierauf ebenfalls ein grosses Gewicht. Eine Unterscheidung mag hier oft mit

grossen Schwierigkeiten verbunden sein. Für solche Fälle scheint es mir maassgebend zu sein, wo möglich zu erforschen, ob solche Momente schon vor oder nach der Infektion und wie viele Zeit nach derselben, vorhanden gewesen sind; in den ersteren Fällen muss die Syphilis als ätiologisches Moment in den Hintergrund treten; dass etwa anzuschuldigende Moment kann jedoch auch dazu gedient haben, die Tabes bei vorausgegangener Syphilis rascher zur Ausbildung zu bringen. Ein noch so sorgfältiges Abwägen wird jedoch für die finale Entscheidung, ob die Syphilis oder eine andere Ursache die Tabes veranlasst hat, in vielen Fällen schwierig, in anderen nicht möglich sein; in den Epikrisen sind diese Momente möglichst sorgfältig gegen einander abgewogen.

In meinen Fällen spielen vorerst *Erkältung* und *Verlust der Fussschweisse* eine Rolle (5., 6., 7., 21., 23., 25., 26., 30., 31., 33. Beobachtg.); sodann erbliche Belastung (16., 24., 36., Beobachtg.); ferner *Excesse in Venere et Baccho* (3., 15., 22. 32., 33. Beobachtg.); *Hämorrhoiden* (7., 36., Beobachtg.), *psychische Degressionszustände* (13., 21. Beobachtg.), *Merkur* (? 22. Beobachtg.), *Typhus* und *Insolation* (19. Beobachtg.); Sturz (15. Beobachtg) Die Mehrzahl dieser ätiologischen Momente waren in den ohne Erfolg behandelten Fällen aufzufinden.

Prognostisches.

Ueber die *Prognose* der Tabes, die im Zusammenhange mit Syphilis steht, kann ich mich kurz fassen, denn einestheils schliesst sie sich im Allgemeinen an die Prognose der gewöhnlichen Tabes an, anderntheils ist sie mehr oder weniger mit der Therapie verbunden und wird bei dieser von einzelnen prognostischen Verhältnissen noch die Rede sein. Die Prognose richtet sich also im Allgemeinen nach dem Stadium der Krankheit und den konstitutionellen und hereditären Ver-

hältnissen der Kranken. Benedikt[10]) hat sich wohl am ausführlichsten über die Prognose der in Rede stehenden Tabes verbreitet; sie ist in vielen Beziehungen mit den Schlüssen, die ich aus meinen Fällen ziehe, übereinstimmend; auf Spezielles komme ich noch zurück.

Für die mit Syphilis in Verbindung stehende Tabes richtet sich die Prognose in günstigem und ungünstigem Sinne nach meinen Erfahrungen hauptsächlich nach folgenden Verhältnissen. *Relativ günstig* ist dieselbe zu stellen: 1) wenn die Syphilis dem Auftreten der ersten tabischen Symptome eine kürzere Zeit vorhergegangen ist; wenn die Syphilis sich durch häufiges Recidiviren ausgezeichnet hat, namentlich aber wenn noch syphilitische Symptome bestehen; 2) wenn ein atypischer Beginn oder Verlauf der Tabes constatirt wird; 3) wenn im Beginne einer spezifischen Kur eine Besserung der tabischen Symptome, wenn auch nur einzelner, eintritt. Was die von Benedikt angegebene günstige Prognose in Bezug auf die Motilitätsstörung bei prodromaler Sehnervenatrophie und in Fällen mit prodromalen gastrischen Krisen betrifft, so sind meine Erfahrungen zu gering, um daraus einen Schluss ziehen zu können; die 9. Beobachtung spricht allerdings für diese Ansicht in Bezug auf Sehnervenatrophie. In *ungünstigerem* Sinne stellt sich die Prognose: 1) bei einer lange Zeit vorhergegangenen Syphilis und bei Ungewissheit, ob Syphilis vorhergegangen; 2) bei typischem Verlauf der tabischen Symptome; trotzdem tritt auch in solchen Fällen Besserung, oder wenigstens Stillstand, in einem (1. Beobachtg.) sogar Heilung ein; 3) wenn die spezifische Kur von keiner nennenswerthen Besserung, oder von einem Rückschritt der tabischen Symptome gefolgt ist.

Der allgemeinen Bemerkung von Benedikt, dass es bei Systemerkrankungen der Nervencentren oft gelingt, die

spinalen Symptome zu bessern, während die des Gehirns stehen bleiben, oder selbst weiterschreiten, kann ich mich aus eigener Erfahrung nur anschliessen; u. a. liefert dafür die 23. Beobachtg. einen Beweis; augenblicklich ist ein mit Hirn- und Rückenmarksyphilis (Betheiligung der Seitenstränge) behafteter Patient in meiner Behandlung, bei dem die spinalen Motilitätsstörungen unter dem Einfluss einer Inunktions- und Jodkur bedeutend regressiv geworden sind, während das Gehirnleiden (unter dem psychischen Bilde des Grössenwahns) voranschreitet.

Allgemeines über die Behandlung.

Da die Behandlung meiner, eine lange Reihe von Jahren umfassenden Fälle keine einheitliche ist, so bedarf es einiger erläuternden Vorbemerkungen, meist allgemeiner Natur, die sich speziell auf die Aachener Behandlungsweisen der Syphilis in früherer und jetziger Zeit beziehen. Von der Mitte der 50er bis zur Mitte der 60er Jahre machte sich der Einfluss von Bärensprung's [41]) gegen die merkurielle Behandlung der sogen. „inveterirten, in tertiäre Formen ausgearteten Syphilis" überall in Deutschland geltend, auch bei den Nichtanhängern der eigentlichen Antimerkurialisten; von Bärensprung war ein Antimerkurialist nur in diesem Sinne. Was die Syphilis verschuldete, wurde dem Merkur oder vielmehr dem Merkurialismus in die Schuhe geschoben: „Der Merkurialismus begünstigt nicht bloss das Zustandekommen der tertiären Zufälle überhaupt, sondern er beschleunigt dasselbe namentlich." Ausser den syphilitischen Erkrankungen der Knochen, waren es gerade die des Nervensystems, bei welchen der Merkur eine bedeutende Rolle spielen sollte. Diese Dinge sind zu häufig besprochen worden [34 u. 35]) und gehören nur zum kleinsten Theile hierher, um länger dabei

zu verweilen, als um die Richtung anzuzeigen, welche die frühere Therapie einschlug und wie sich die Ansichten seit den epochemachenden Arbeiten von Kussmaul und Overbeck änderten. Uebrigens scheint auch jetzt noch der „abusus mercurialis“ bei einigen Aerzten (Benedikt[10]) in der Aetiologie der Tabes eine Rolle zu spielen; in einigen meiner Fälle scheint eine solche Annahme problematisch; doch kann ich nicht unterlassen, schon hier zu betonen, dass die Schädlichkeit merkurieller Kuren unter gewissen Verhältnissen durch Störung der Ernährungsverhältnisse bei vollendeter Tabes nicht in Abrede zu stellen ist. In Folge der oben angeführten Anschauungen bestand die frühere Behandlung dieser sogenannten tertiären Fälle, speziell der Lähmungen, bei denen der Verdacht auf Syphilis vorhanden war, vorzugsweise in Jodkalium und dem Zittmann'schen Dekokt (sine Mercurio), welches letztere man wohl kaum noch einem Gelähmten, speziell einem Tabischen, verordnen würde. Dass das Jodkalium und andere Jodpräparate (namentlich Jodeisen) für gewisse Fälle und als Beihülfe zu merkuriellen Kuren noch stets ein schätzenswerthes Mittel ist, liegt ausser allem Zweifel. Mit der Einführung der durch Sigmund modificirten Schmierkur, die sich Ende der 50er und Anfangs der 60er Jahre allmälig einen Weg durch Deutschland anbahnte, namentlich auch durch die Verbindung derselben mit entsprechenden Badekuren, wurde man mit der Anwendung des Merkurs wieder kühner, namentlich auch durch die Erfahrung, dass man mit der Jodbehandlung häufig nicht von der Stelle rückte, oder sich nach derselben zum Oefteren Recidive einstellten; man überzeugte sich immer mehr, dass es meist von der Methode der merkuriellen Behandlung abhing, ob dieselbe zu einem günstigen Resultate führe, oder nicht; ferner, dass man in vielen Fällen sogenannter Visceral-Syphilis, die durch vorhergegangene merkurielle Kuren

maltraitirt waren, gerade durch die Anwendung einer gut combinirten Inunktions- und Badekur oft sehr glückliche Resultate erreichte. So steht es wenigstens in Aachen und aus anderen Badeorten und den hydro-therapeutischen Anstalten (die sogenannten Kaltwasser-Anstalten haben ja auch längst aufgehört, pure *Kaltwasser*-Anstalten zu sein) vernimmt man ähnliche und gleiche Erfolge. Wenn auch in der allerjüngsten Zeit sich eine Strömung gegen die merkurielle Behandlung geltend macht, so wird doch an den bisherigen günstigen Erfahrungen festzuhalten sein.

Es ist hier nicht der Ort, speziell auf die balneotherapeutische Behandlung der Syphilis in ihren späteren Stadien einzugehen; ich habe mich an anderen Stellen [35 u. 46]) ausführlich darüber ausgesprochen und wiederhole hier nur, um Missverständnissen in Bezug auf den Vorzug der Schwefelwasser vor anderen zu begegnen, dass ich den Nutzen anderer Bäder bei der spezifischen Behandlung und als Vor- und Nachkuren nicht in Abrede gestellt und eine eigentliche spezifische Wirkung jener Wässer nie betont habe. Es kommt ja bei der Wahl eines Badeortes für derlei Kuren einmal auf die individuelle Ansicht des Arztes an, die häufig ein Produkt seiner eigenen Erfahrungen ist, ferner auf das Stadium und die Complikation des Falles; endlich aber auf die in den verschiedenen Bädern stattfindende Methode und die dadurch erzielten Resultate. Wenn nun für die Bäder keine allzugrosse Differenzirung bestehen mag, so kann dieses nicht in gleicher Weise von der inneren Anwendung der Mineralwasser behauptet werden. Wenn Aachen und Burtscheid von jeher eine bedeutende Frequenz luetischer Kranken aufzuweisen haben, so beweist dieses doch wenigstens, dass durch die methodisch-durchgeführten Trink-, Bade- und spezifische Kuren zahlreiche Erfolge erzielt werden, die die Skepsis vergeblich bemüht ist in Abrede zu stellen. Wir besitzen eben in unseren Bädern

und in der Trinkkur die Mittel, einestheils spezifische Kuren relativ leicht überstehen zu lassen, also die deletäre Nebenwirkung des Quecksilbers abzuschwächen und zwar schon durch die hautkultivirende Eigenschaft der hiesigen Bäder; und anderntheils auf die luetische Blutvergiftung durch Antreibung der Sekretionsorgane zu grösserer Thätigkeit günstig zu wirken.

Für die Bäder kommen bezüglich der uns beschäftigenden Krankheit vor allen Dingen die *Temperaturverhältnisse* in Betracht. Es ist bekannt, dass über die thermale Behandlung der Tabes eine bedeutende Divergenz der Meinungen besteht; der Anhänger (Leyden) sind weniger, denn der Gegner (Rosenthal,[15]) von Krafft-Ebing, A. Erlenmeyer jun.[22]) u. A.); wenn auch Benedikt[10]) im Allgemeinen zu den letzteren gehört, so vindicirt er doch, wenigstens der lokalen Anwendung der Wärme, in den späteren Stadien einen Nutzen; Erb[23]) steht in der Mitte; er erklärt sich für die Thermen bei vorwiegenden Reizerscheinungen, lancinirenden Schmerzen, Schlaflosigkeit etc.; er räth mit Recht nur zur Anwendung mässig warmer Temperaturgrade (nicht über 27° R.) und zu kurzer Dauer der Bäder.

Für die in Rede stehende Tabes, die einer *spezifischen* Behandlung unterliegen soll, betrachten wir die Ansicht von Runge[42]) als die richtige, dass der Gebrauch von Merkur im Allgemeinen jede erhebliche Wärmeentziehung verbiete, weil sie erfahrungsmässig Schmerz errege; für Jod liegen die Verhältnisse wohl anders. — Rosenthal[15]) empfiehlt für die spezifische Behandlung der Rückenmarkslues als wirksames Unterstützungsmittel mässig warme Schwefel- und indifferente Bäder, ausserdem abgeschreckte Halbbäder für gewisse Fälle. Dass die Franzosen durchgängig warme Schwefelbäder empfehlen, ist bekannt. — Richter[43]) empfiehlt Bäder zwischen 15 bis 27° R., indem so das

Risiko aufhöre, durch zu warme Bäder zu schaden, durch zu kalte zu reizen; wenn derselbe Autor Verschlimmerung nach Bädern von 31 ° R. mit Schmierkur anführt, so bezieht sich dieses nur auf einen Fall (Nr. 7), wo wohl nicht die letztere, sondern die zu heissen Bäder den Zustand verschlimmerten. Er sagt mit Recht, dass die verschiedene Mechanik und Wahl der Temperatur der Bäder, je nachdem man eine beruhigende oder anregende und resorbirende Wirkung hervorbringen will, entscheidend sei. — A. Erlenmeyer jun.[22]) will nur Bäder nicht über 22 ° R.; er geht zu weit, wenn er räth, kein Arzt solle gegen Tabes heutzutage warme Bäder anwenden.

Nach meinen eigenen Erfahrungen werden die hiesigen Bäder von 25—26, — höchstens 27 ° R. (circa 31—33 ° C.), zuweilen, je nach der Artung des Falles mit Douchen von derselben Temperatur verbunden, bei Tabischen in vorgerückteren Stadien und meist mit herabgekommener Constitution (wie die meisten meiner Fälle sind), zur Unterstützung einer Inunktionskur am besten vertragen; solche Patienten fühlen sich in diesen Wärmegraden am Behaglichsten, ja manche verlangten oft höhere, die jedoch versagt wurden; bei Initial-Symptomen und noch kräftigen Individuen mögen niedrigere Temperaturen am Platze sein. In einzelnen Fällen wird von kalten Umschlägen oder Eisblasen auf den Kopf oder den Rücken, von kühlen Brausen nach dem Bade etc. Gebrauch zu machen sein. Die Anwendung der hiesigen Douche (in 3- bis 4-gradiger Stärke) darf nur mit äusserster Vorsicht, namentlich in älteren Fällen, wo keine Reizzustände mehr bestehen, und bei gewissen Complikationen stattfinden. Die Douche löst jedesmal eine Reaktion von Seiten des Badenden aus, was in Bezug auf die Leistungsfähigkeit desselben zu berücksichtigen ist. Die Douche wird mit der Massage, die ja für sich allein in der jüngsten Zeit Erfolge aufweist, in geeigneten Fällen verbunden.

Dampfbäder werden wohl nie, oder nur in Ausnahmsfällen zu gestatten sein.

Ueber die *hiesige Methode* der Inunktionskur, im Grossen und Ganzen die Sigmund'sche, darf ich mich hier nur kurz fassen; sie scheint eine gute zu sein, denn sie wird vielfach nachgeahmt. Welcher Anschauung man auch über die Art und Weise des Eintritts des Metalls in den Kreislauf und seinen Aggregatzustand bei der Einreibungskur huldigen mag (die Akten darüber sind noch nicht geschlossen), so kommt es hauptsächlich darauf an, dass die vorgeschriebene Quecksilbermenge möglichst vollständig in den Organismus eindringe und die Haut dabei geschont werde. Dieses wird erreicht, indem an den von Sigmund bezeichneten Körperstellen grosse Stellen in eindringlicher, aber sanfter Weise und eine gehörig lange Zeit hindurch (wenigstens 20 Minuten lang) und zwar einige Zeit nach dem Bade durch Frotteurs in langen Zügen eingerieben werden. Nie, oder doch nur ausnahmsweise, lasse man diese Prozedur durch den Kranken selbst besorgen, der dazu meist nicht die gehörige Kraft und Geschicklichkeit besitzt. Die bei dieser Prozedur sich entwickelnde Wärme ist für den Uebergang des Merkurs in den Körper von Bedeutung. Die Einreibung geschieht meist eine gewisse Zeit nach dem Bade mit darauffolgender Ruhe, in einzelnen Fällen vor dem Schlafengehen. Ich kann wohl behaupten, dass diese Methode der Einverleibung des Quecksilbers, verbunden mit der hautkultivirenden Eigenschaft der Aachener und Burtscheider Bäder, zugleich mit Zuhülfenahme einer kräftigenden Diät und dem Genuss der freien Luft, ein vorzügliches Kurverfahren darstellt und störende Quecksilber-Erscheinungen dabei selten sind.

Wie lange die Inunktionskur in tabischen und diesen verwandten Fällen dauern und wie oft sie wiederholt werden soll, muss selbstredend für jeden einzelnen Fall bestimmt

werden; die Berücksichtigung des Stadiums der Krankheit, der constitutionellen Verhältnisse des Kranken, der noch bestehenden syphilitischen Symptome, der Complikationen u. m. a. fällt ja hier bedeutend in die Wagschale. Wie bei allen syphilitischen Affektionen des Nervensystems kommt es vor Allem darauf an, der meist herabgekommenen Constitution solcher Kranken zu Hülfe zu kommen, aber auch der Krankheit, die ja dieses verschuldet, mit einer möglichst langen Kur entgegenzutreten; ob dieselbe zu wiederholen sei, wird grösstentheils, aber nicht immer, von dem Erfolg der ersten Kur abhängig zu machen sein. Von welcher Wichtigkeit eine energische und wiederholte Kur ist, geht aus vielen der mitgetheilten Beobachtungen hervor; in mehreren der vor Jahren behandelten Fälle würde, ich bekenne es offen, eine länger fortgesetzte Kur vielleicht zu einem günstigeren Resultat geführt haben; aber damals waren Anschauungen prädominirend, auf die wir oben hingewiesen haben und die von energischen Kuren, wie sie jetzt vielfach angewandt werden, mehr oder weniger abschreckten; dass aber auch jetzt noch eine gewisse Merkurialscheu besteht, geht aus manchen Anamnesen hervor. Wie vortheilhaft energische Merkurialkuren in den Initialstadien der Tabes wirken, namentlich wenn noch spezifische Symptome zugegen sind, lässt sich aus mehreren meiner Fälle schliessen; in den meisten hatte ich es nur mit vorgeschrittenen Stadien zu thun; aber auch in solchen Fällen sind wenigstens Besserung und Stillstand zuweilen erreicht worden.

Ich gedenke cursorisch noch einiger Mittel, die bei der hiesigen Behandlung der Tabes angewendet wurden. Ueber die frühere vorzugsweise Anwendung des Jodkaliums habe ich oben Einiges angeführt; auch jetzt noch wird man dasselbe zur Linderung von Schmerzen und als resorptionsbefördernden Mittel zugleich mit der Inunktionskur anwenden; oder intercalirend, wenn dieselbe aus dem einen oder anderen Grunde

ausgesetzt werden muss; das Jodeisen findet in anämischen Schwächezuständen seine Indikation; Bromkalium wird mit Vortheil bei sehr nervösen Patienten, bei Schlaflosigkeit etc. angewendet werden. Der Morphin-Injektionen wird man bei sehr heftigen Schmerzen (Tabes dolorosa) nicht entbehren können. Andere Arzneimittel, wie Silbersalpeter, Extract. Secalis corn. (letzteres neuerlichst von Benedikt[10]) wieder sehr empfohlen, der seine adstringirende Wirkung hervorhebt; ebenso von Fr. Müller)[14]) wurden seltener angewendet; Secale erzeigte sich wohlthätig bei Dysurien und Blasenkatarrh.

Die Anwendung des konstanten und inducirten Stroms geschah mehr als Nachkur, denn während der combinirten Bade- und Einreibungskur; kam es ja in fast allen Fällen darauf an, das syphilitische Element zu tilgen und dann den Fffekt abzuwarten; zur Bekämpfung von Schmerzen zeigte sich der konstante Strom oft sehr erfolgreich. In Verbindung mit Nachkuren in Sommerfrischen, oder während des Winteraufenthalts in milderen Klimaten, oder zu Hause, war die Elektricität zuweilen von Nutzen. Auf das Nähere einzugehen, ist hier nicht der Ort; das Bezügliche findet sich in vielen vortrefflichen Handbüchern und Spezialschriften.

Kurresultate.

Von meinen 40 tabischen Fällen mit syphilitischen Antecedentien scheide ich 4 ungenügender Aufzeichnungen wegen aus, so dass noch 36 übrig bleiben, die ich als Basis meiner Arbeit verwerthet habe. Unter allen Fällen befand sich nur eine Frau. Nach dem Lebensalter beim Eintritt in die hiesige Kur waren die 2 jüngsten Patienten 28 Jahre alt; 20 standen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, 11 zwischen 40 und 50 Jahren, 3 zwischen 50 und 60 Jahren.

Von den 36 Fällen hatte die Tabes in 24 einen mehr weniger typischen Beginn und Verlauf; in 12 Fällen war ein atypischer Beginn zu konstatiren.

Von den 36 Fällen wurden mittels den, mit der hiesigen Bade- (meist auch Trink-) Kur combinirten spezifischen Kuren (Quecksilber und Jod):

1. *geheilt* 2 Fälle *) (circa 5²/₃ pCt.), davon 1 mit typischem und 1 mit atypischem Beginn;
2. *gebessert* 13 Fälle (fast 37 pCt.), davon 4 mit typischem und 9 mit atypischem Beginn; unter diesen Fällen befanden sich 5 (5., 8,, 11., 12. u. 13. Beobachtg.), die an Heilung grenzten;
3. *ohne Erfolg behandelt* 21 Fälle (fast 58 pCt.), davon 19 mit typischem und 2 mit atypischem Beginn; auch unter diesen Fällen befinden sich einige mit einzelnen gebesserten Symptomen; in anderen wurde Stillstand erreicht (20., 25., 30. Beobachtg.).

Syphilitische Symptome waren in 14 Fällen von diesen 36 beim Eintritt in die Behandlung noch vorhanden;

1. in den beiden geheilten Fällen (100 pCt.);
2. in 6 der gebesserten 13 Fälle (circa 46 pCt.);
3. in 6 der ohne Erfolg behandelten 21 Fälle (circa 28 pCt.).

Im *zeitlichen Auftreten der ersten tabischen Symptome* nach stattgefundener Infektion zeigten sich in meinen 36 Fällen folgende Verhältnisse: — Zwischen dem

1.	und	5.	Jahre	in 10	Fällen,
6.	„	10.	„	„ 7	„
11.	„	15.	„	„ 9	„
	im	16.	„	„ 1	„
		unbekannt		„ 9	„
				36	Fälle.

*) Will man weniger rigorös sein und zählt die gebesserten Fälle 5, 8, 11, 12 und 13 zu den Heilungen, so würde der Prozentsatz der Heilungen sich auf circa 20 stellen.

Die von Erb [9]) in dieser Beziehung angegebenen statistischen Verhältnisse differiren insofern von den meinigen, dass bei ihm die meisten Fälle zwischen dem 6. und 10. Jahre, bei mir zwischen dem 2. und 5. Jahre (der jüngste Fall von 2 Jahren), und bei Erb Fälle bis zum 25. Jahre, bei mir aller Wahrscheinlichkeit nach keiner nach dem 16. Jahre vorkam.

Was dieses zeitliche Auftreten der tabischen Symptome nach der Infektion in Bezug auf das Kurresultat betrifft, so stellt sich kein sicheres Verhältniss heraus; indem die beiden geheilten Fälle wegen des Fehlens der Data in der 2. Beobachtg. ausser Rechnung bleiben, ergiebt sich allerdings für die gebesserten Fälle ein arithmetisches Mittel von circa 6½ Jahren, für die ohne Erfolg behandelten von nicht ganz 8 Jahren zwischen Infektion und Einsetzen der Tabes; diese geringe Differenz von 1½ Jahren mag zufällig sein. Viel wichtiger ist das Faktum, dass in den geheilten und gebesserten Fällen sich am längsten, oft mehrere Jahre umfassende syphilitische Symptome sekundärer und tertiärer Art zeigten (in 15 Fällen 9 mal: 1., 2., 3., 5., 8., 9., 11., 12. u. 15. Beobachtg.), während dieses in den ohne Erfolg behandelten Fällen in weit geringerem Verhältniss der Fall war (in 21 Fällen 8 mal: 20., 21., 22., 23., 27., 30., 33. u. 36. Beobachtg.). Eine längere und wahrscheinlich auch intensivere luetische Durchseuchung hatte also in jenen Fällen stattgefunden, die in Bezug auf das Kurresultat am günstigsten verliefen.

Bei der oben angeführten Statistik der geheilten, gebesserten und ohne Erfolg behandelten Fälle fällt das sehr differirende Verhältniss in die Augen, das sich in Bezug auf typischen und atypischen Beginn und Verlauf der tabischen Erscheinungen und auf noch bestehende und abwesende Lues in jenen drei Kategorien stattfindet: während in den beiden geheilten Fällen Regelmässigkeit und ihr Gegentheil gleich

sind und luetische Symptome bei der Aufnahme vorhanden waren, zeigt sich bei den Besserungen bereits ein Ueberwiegen der atypischen Fälle über die typischen und eine ziemliche Congruenz der noch bestehenden luetischen Symptome; bei den nichtgeheilten Fällen jedoch gerade das umgekehrte Verhältniss: 19 Fälle mit typischem und nur 2 mit atypischem Beginne der Tabes und unter allen 21 Fällen nur in 6 noch luetische Symptome zu entdecken. Dass ein solches Ergebniss für Prognose und Therapie bedeutsam ist, bedarf keiner weiteren Erläuterung; dasselbe lässt sich dahin formuliren, *dass die tabetischen Fälle in Folge spezifischer Kuren am günstigsten verlaufen, welche einen atypischen Charakter zeigen, in denen längere Zeit hindurch Syphilis bestanden hat und die bei der Aufnahme noch syphilitische Symptome zeigen.*

Unter den gebesserten 13 Fällen befinden sich 5 (5., 8., 11., 12. u. 13. Beobachtg.), deren Besserung fast einer Heilung gleichkommt; von diesen 5 Fällen hatten 3 einen atypischen und 2 einen typischen Charakter; weitere 4 Fälle (7., 8., 14., 15. Beobachtg.) zeigten tabische Initialsymptome, davon 3 von atypischer und 1 von typischer Art; über 3 dieser Fälle sind mir keine weiteren Nachrichten zugekommen; es trat in allen namhafte Besserung ein, so dass spätere Heilung immerhin möglich erscheint. Augenblicklich behandle ich einen typischen Fall mit unzweideutigen Initialsymptomen (Fehlen des Patellarsehnenreflexes, Parästhesien, Anästhesie, Accomodationsstörung, keine Ataxie) auf luetischer Basis, der durch die Inunktionskur bereits namhafte Besserung zeigt. Unter den gebesserten Fällen kamen ausser Lues noch andere ätiologische Momente (Erkältung, Excesse aller Art, deprimirende Gemüthsaffekte etc.) in Betracht.

Unter den ohne Erfolg behandelten Fällen befinden sich einige, die längere Zeit stationär geblieben sind, bis sie

finaliter zu Grunde gingen; in einem Falle (21. Beobachtg.) trat sogar zweimal eine ganz entschiedene Besserung ein, die durch psychische Einflüsse wieder verloren ging. Die 25. Beobachtung wäre auch zu den gebesserten Fällen zu zählen, da 18jähriger Stillstand eintrat, allein neben Syphilis war in diesem Falle Erkältungsursache als vorwiegend ätiologisches Moment anzuschuldigen. Unter diesen Fällen (ich betone dieses als wichtig) befinden sich auch die meisten, in denen noch andere ätiologische Momente, denn Syphilis, vorhanden waren; ich habe dieselben bereits namhaft gemacht. Ferner befanden sich unter diesen Fällen ebenfalls die meisten, in denen keine sekundären Symptome nachzuweisen waren, wo also eine syphilitische Infektion zweifelhaft war.

Auf die zur Erklärung der Besserung, des Stillstandes und der Rezidive der motorischen und sensiblen Störungen aufgestellten Theorien (ob Schwielenbildung, die nach Vernarbung des syphilitischen Infiltrats zurückbleibt, oder Uebernahme der Funktionen der zerstörten Nervenelemente durch die noch erhaltenen) brauche ich an dieser Stelle nur hinzudeuten.

Die Folgerungen aus dem Kurresultat meiner Beobachtungen fasse ich folgendermaassen zusammen: *ein spezifisches Kurverfahren in tabischen Fällen mit luetischen Antecedentien und unabhängig von der Gegenwart oder Abwesenheit äusserer luetischer Symptome, ist in den meisten Fällen anzuwenden; wenn auch der Prozentsatz der Heilungen bisheran noch ein geringer ist, so ist doch in relativ vielen Fällen eine an Heilung grenzende Besserung oder wenigstens ein Stillstand der tabischen Symptome zu erreichen, die höchst wahrscheinlich nach einem anderen Kurverfahren nicht eingetreten wären; das letztere Resultat ergaben selbst Fälle mit weit vorgeschrittener Ataxie, in denen die constitutionellen Verhältnisse sich noch in einem relativ günstigen 'Zustande befanden. In solch' weit vorgeschrittenen*

Fällen, wo entweder eine luetische Infektion ungewiss ist, oder wo andere ätiologische Momente mit positiver Gewissheit in den Vordergrund treten, namentlich wenn die Kräfte des Kranken darniederliegen und keine luetischen Symptome mehr bestehen, soll man von einem spezifischen Kurverfahren, wenigstens von einer merkuriellen Behandlung abstehen. Für manches Detail verweise ich namentlich auf die Prognose. — Was das spezifische, vorzugsweise merkurielle Kurverfahren anbetrifft, so ist auf ein möglichst frühzeitiges, energisches und hinreichend lange fortgesetztes zu dringen, wie ein solches auch Fournier, Berger, Erb, Lewin u. A. betonen. Dass Tabische eine vorsichtige und unter allen Cautelen geleitete Inunktionskur, namentlich in Verbindung mit lauen Bädern in den meisten Fällen gut vertragen und das Gegentheil nur höchst selten und dann durch leicht zu vermeidende Fehler entstehen, geht aus vielen meiner Beobachtungen hervor.

LANE LIBRA

Beobachtungen.

I. Heilungen.

1. Beobachtung.

5. September 1874. Kaufmann, 35 Jahre alt.

„*Infektion* vor 13 Jahren (1861); sekundäre Symptome (Syphiliden), die in späteren Jahren noch recidivirten; unregelmässige und unzureichende, meist merkurielle Kuren. Heirathete vor 7 Jahren: die Ehefrau, *stets gesund,* hat dreimal frühreife, totfaule Früchte geboren; das vierte Kind starb nach der Geburt; das fünfte litt in den ersten Lebensmonaten an Psoriasis und Plaques am After, die durch merkurielle Behandlung beseitigt wurden; das Kind starb im dritten Lebensjahre an Lungentuberkulose; das sechste Kind, jetzt 6 Monate alt, litt ebenfalls an Psoriasis und ist annoch mit Condylomata ad anum behaftet. Patient selbst zeigt seit ungefähr einem Jahre die Erscheinungen beginnender Tabes.“ So lautet der Bericht des Hausarztes, der mir in dankenswerther Weise auch später Bericht erstattete.

Status: ataktischer Gang; ermüdet leicht, vermag aber kleinere Spaziergänge zu machen; Schwanken bei geschlossenen Augen; fühlt den Boden; Hyperästhesie in den Unterextremitäten; Gürtelgefühl; blitzähnliche Schmerzen im Rücken und im Kreuz; Schwindelanfälle; keine Augenstörungen; Parese der Blase (Bettnässen); Stuhl unregelmässig, meist Constipation; ziemlich häufige Erektionen, aber kein Geschlechtstrieb; zuweilen Pollutionen. Grobe Kraft gut erhalten; ist athletisch gebaut und hat ein gesundes Aussehen. — Die Untersuchung auf luetische Symptome ergiebt bedeutende Polyadenitis.

1. Kur vom 5. September bis 7. Oktober 1874: Allgemeine Bäder, Inunktionskur. *) Die Kur wurde gut vertragen, hatte jedoch auf die Ataxie und die übrigen Symptome wenig Einfluss.

Im nächsten Frühjahr kehrte Patient in gebessertem Zustande zurück; er geht weniger schwankend bei geschlossenen Augen; der Gang weniger ataktisch und kräftiger; Schwindel vollkommen beseitigt; die Schmerzen sind geringer; Bettnässen findet noch zuweilen Statt; Stuhl regelmässig; Geschlechtstrieb noch gering.

---

*) Die Trinkkur (meist Kaiserquelle) fand in den meisten Fällen Statt und wird weiter nicht angegeben; die Bäder wurden zwischen 25—27° R. (circa 30—34° C.) genommen.

2. Kur vom 9. Juni bis 8. Juli 1875: Allgemeine Bäder, Inunktionskur; Kal. bromat. zur Linderung der Schmerzen. — Diese zweite Kur wurde ebenfalls gut vertragen und erzielte noch eine kleine Besserung aller Symptome.

Bis zum Frühjahr 1880 hatte ich keine weiteren Nachrichten über den Patienten; auf Anfrage bei seinem Hausarzt erhielt ich die überraschende Mittheilung, dass N. N. sich seit der letzten Aachener Kur und ohne eine weitere gebraucht zu haben, vollkommen wohl befinde; es sei keine Spur eines Rückenmarksleidens mehr bei ihm vorhanden; seine Ehefrau habe seitdem *zwei gesunde Kinder* geboren. — Auf mein Ersuchen wurden im Frühjahre 1881 noch die *Patellarsehnenreflexe* untersucht, die sich vermindert zeigten; sonst bestanden keine Erscheinungen seines früheren Leidens mehr. Noch wurde gemeldet, dass vor Kurzem eins der Kinder, ein Knabe von 5 Jahren (also nach der letzten Kur gezeugt), an tuberkulöser Meningitis zu Grunde gegangen sei, nachdem Masern und Keuchhusten vorhergingen; in der Familie der Mutter herrscht Tuberkulose; sie selbst ist bis dahin stets gesund gewesen.

Der eben mitgetheilte Fall ist ein vollkommen typischer mit noch bestehender Lues; als seltenes Symptom bestand Hyperästhesie der Haut. Ich habe denselben unter die geheilten aufgenommen, weil die Ataxie nebst den Lähmungs-Symptomen complet verschwunden und der ehemalige Patient sich im Genuss einer normalen Gesundheit befindet. Die Zeugung zweier gesunden Kinder nach der hiesigen Kur, im Gegensatz zu den früheren Aborten der Frau, beweist ziemlich sicher das Freisein von Syphilis; für den Tod eines der zuletzt geborenen Kinder sind erbliche Belastung und Masern eher, denn congenitale Syphilis anzuschuldigen. Will man rigorös sein, so könnte allerdings die annoch bestehende Verminderung der Patellarreflexe Bedenken für vollständige Herstellung erregen; die theilweise Störung in den Reflexbahnen dürfte jedoch in einem solchen Falle auf die sonst normalen Gesundheitsverhältnisse von keinem Einflusse sein, abgesehen von der Frage, wie sich früher die Reflexe in diesem Falle verhalten haben. Spätere Untersuchungen stehen zu erwarten und sollen mitgetheilt werden.

2. Beobachtung.

1. September 1862. Militair, 34 Jahre alt.

Patient war wiederholt *syphilitisch* und hat viele merkurielle Kuren in unordentlicher Weise absolvirt. Ein Condylom der Iris, Ausgang einer *Iritis,* wurde operativ entfernt; zu gleicher Zeit bestanden auf dem Rücken mehrere Gummata, welche sich nach Jodkalium zurückbildeten. Im Frühjahre 1862 besuchte Patient wegen *habitueller Verstopfung, reissender Kopfschmerzen rechterseits* und *Schwäche der Unterextremitäten* Carlsbad, nach dessen Gebrauch sein Allgemeinbefinden sich besserte. Im Juli desselben Jahres trat ein kleinfleckiges Syphilid über den ganzen Körper und ein papulopustulöses Syphilid an der Haargrenze auf; der Gang wurde sehr unsicher; bei geschlossenen Augen schwankte er sehr und konnte nur mühsam vorwärts; nach geringer Anstrengung grosses Ermüdungsgefühl und unwiderstehlicher Drang vorwärts zu laufen. Stuhlverstopfung und Dysurie. Eine Jodkaliumbehandlung besserte die syphilitischen Symptome; auch schien der Gang gebessert.

Status: bei der Ankunft in Aachen bot Patient die oben angegebenen Symptome einer beginnenden Tabes dar; die Störung der Hautsensibilität in den Unterextremitäten war geringen Grades. Ausserdem bestanden Ulzerationen im Halse und infiltrirte Cervikaldrüsen; das rechte Auge nur noch für Lichteindrücke empfänglich. Unterleib angeschoppt und hart; Stuhl erfolgt nur durch Kaltwasserklystire. Die intellektuellen Fähigkeiten scheinen gelitten zu haben, doch versah Patient bis in die letzte Zeit, wenn auch unterbrochen, seinen Dienst.

Kur vom 1. September bis zum 17. Oktober 1862: Allgemeine Bäder mit einer Sigmund'schen Inunktionskur, Dec. Sarsapar. comp. Während dieser Kur verschwanden die spezifischen Symptome, der Gang wurde fester, das Allgemeinbefinden besser. Hierauf Thermalkur in allen Formen mit Kal. jodat. — Nach der siebenwöchentlichen Kur war erreicht: leichterer, festerer Gang, ohne Schwanken bei geschlossenen Augen; spezifische Symptome, bis auf einige infiltrirte Drüsen, verschwunden; allgemeiner Gesundheitszustand gebessert.

Im nächsten Sommer *(1863)* kam Patient zu einer kurzen Badekur zurück; er hatte vom verfl. Herbst bis jetzt ununterbrochen und ohne Schwierigkeit seinen Dienst versehen; das Allgemeinbefinden ausgezeichnet; Gang leicht, ohne ataktische Andeutung; keine Sensibilitätsstörungen mehr; Constipation dauert an. Der Rekonvaleszent war damals Heirathscandidat; er nahm später seinen Abschied, wurde Landwirth, heirathete und zeugte zwei gesunde Kinder. Im Frühjahre 1881 (also 18 Jahre nach der hies. Kur) befand sich derselbe noch in normalen Gesundheitsverhältnissen.

Dieser Fall von beginnender Tabes wurde bereits früher theilweise von mir mitgetheilt [35]) und beweist, wie günstig Fälle verlaufen, in denen noch syphilitische Symptome bei der Aufnahme bestehen und die tabischen Symptome noch nicht weit vorgeschritten sind. Er begann mit cephalischen (meningitischen) Symptomen, denen sich Schwäche in den Unterextremitäten und die übrigen tabischen Symptome anschlossen, hatte also einen mehr atypischen Beginn. Je nach der Anschauung wird man diesen Fall der Gehirnsyphilis zuzählen; der Beginn war ohne Zweifel cephalisch; die späteren Symptome wiesen jedoch auf das Rückenmark, spez. auf die Hinterstränge hin. Spinalmeningitische Symptome wurden nicht berichtet, auch hier nicht bemerkt; ebensowenig lancinirende Schmerzen.

DiesemFalle stelle ich einen ähnlichen, aber ohne noch vorhandene luetische Symptome gegenüber, in welchem spezifische und Badekuren ohne Erfolg waren. Auch dieser Fall wurde bereits früher summarisch mitgetheilt. [35])

Ein 30 jähriger Militair, der vor 4 Jahren syphilitisch inficirt war und viel Merkur genommen hatte, bot seit zwei Jahren dieselben Symptome dar, wie der eben beschriebene Fall, nur bestanden noch heftige, ziehende, den Schlaf raubende Schmerzen im Kreuz und in den Schenkeln; es waren keine luetischen Symptome aufzufinden. Kaltwasserkur, künstliche Aachener Bäder, Warmbrunn und eine Aachener Badekur mit Jodkalium blieben ohne jeden Erfolg.

II. Besserungen, wovon mehrere an Heilung gränzen.

3. Beobachtung.

28. Juli 1863. Gastwirth, 38 Jahre alt.

Patient, Potator, ist verheirathet und Vater von 3 anscheinend gesunden Kindern, deren jüngstes 3 Jahre alt. *Infektion vor 5 Jahren* (1858), der bald Syphiliden folgten; lange Zeit hindurch und durch dissipirte Lebensweise höchst unregelmässige merkurielle Behandlung unter verschiedenen Aerzten; intercurrent Kaltwasserkur und Jodkalium; fortwährende Rezidive. Endlich schwanden die manifesten

äusseren syphilitischen Erscheinungen; indessen begannen sich *Störungen des Centralnervensystems* einzustellen, die als „apoplektische Anfälle" angesprochen wurden. Hierauf schmerzhafte Anschwellung der Leber; zugleich wurde ein rechtseitiges pleuritisches Exsudat constatirt, das bis zur Höhe der Brustwarze hinaufreichte. Im Jahre 1861 sollen die *ersten tabischen Symptome* aufgetreten sein; etwas Näheres darüber war nicht zu erforschen; Applikation des Glüheisens in heroischer Weise, dann Inunktionskur und lauwarme Wannenbäder, ohne Erfolg. Hierauf längere Zeit Argent. nitr. nach Wunderlich's Methode und dreimonatliche Kaltwasserbehandlung; es trat eine kleine Besserung der Lähmung ein.

Status: Weit vorgeschrittene Tabes mit allen charakteristischen Symptomen: ataktischer Gang, Romberg'sches Zeichen. Anästhesie der Unterextremitäten; vermag noch an einem Stocke zu gehen; Schmerzen in der Cervikalgegend, sich nach dem unteren Rücken und den Unterextremitäten verbreitend. Grobe Muskelkraft erhalten; Fettleibigkeit; Stuhl träge; Urinentleerung ziemlich normal; Geschlechtstrieb abgenommen. Es bestehen weder syphilitische noch merkurielle Symptome; Sensorium frei.

Kur vom 28. Juli bis zum 30. August: Bäder, Kal. jodat., Chinin: ohne wesentlichen Erfolg.

Im April des Jahres *1866* kam Patient zu einer zweiten Kur nach Aachen, unterbrach dieselbe aber schon nach wenigen Tagen. Der tabische Zustand war ungefähr seit 3 Jahren stationär geblieben, eher noch etwas gebessert, wenigstens war der Gang leichter. Patient, noch korpulenter geworden, litt an einem Eczema simpl. der Unterextremitäten.

Einem späteren Bericht entnehme ich Folgendes: „Der N. N. ist noch bis zum Jahre *1875* hier umhergegangen und hatte eine erhebliche Zunahme seiner Lähmungserscheinungen in keiner Weise stattgefunden; an der Hand seines Sohnes vermochte er leidlich gut zu gehen. Im Januar 1875 Pneumonie, an deren Folgen er noch in demselben Jahre starb."

Der Fall setzt ein mit cephalischen Störungen, die in unbestimmter Weise als „apoplektische Anfälle" bezeichnet werden; vielleicht sind es epileptiforme gewesen, da von nachfolgenden hemiplegischen Erscheinungen keine Rede ist. Als ätiologische Momente wären, ausser der constatirten Lues, noch Excesse in Venere et Baccho und längere Zeit fortgesetzte unregelmässige merkurielle Kuren zu nennen; letztere kommen wohl kaum in Betracht. Das Kurresultat war wenigstens Besserung und Stillstand, der wohl noch länger denn 9 Jahre

(und 14 Jahre nach dem Auftreten der ersten tabischen Erscheinungen) gedauert hätte, wenn nicht durch eine intercurrente akute Krankheit dem Leben ein Ziel gesetzt worden wäre. Der Erfolg der Jod- und Badekur war in diesem weit vorangeschrittenen tabischen Falle immerhin ein leidlicher; eine merkurielle Behandlung würde vielleicht noch ein besseres Resultat erzielt haben.

Der folgende Fall kann wegen mancher mangelnden Data nur summarisch mitgetheilt werden.

4. Beobachtung.

24. August 1863. Jurist, 37 Jahre alt.

Ueber die Zeit der *Infektion* und des Auftretens der ersten tabischen Symptome fehlen alle Data. Im verflossenen Winter erlitt Patient zwei epileptiforme Anfälle. Diese Anfälle und die bestehenden Infiltrationen zahlreicher Lymphdrüsen führten den damals behandelnden Arzt zu der Annahme eines Zusammenhanges der Gehirn- und Rückenmarkssymptome mit Syphilis. Derselbe fand ausser den tabischen Erscheinungen, welche sich auch in leichter Weise in den Armen kundgaben, namhafte allgemeine Abmagerung und Abnahme der Wärmebildung, wobei der Puls zeitweise bis auf 40 bis 48 Schläge herabsank; Gesichts- und Hautfarbe fahl; reissende Schmerzen in den Ober- und Unterextremitäten. Die durchgeführte Inunktionskur erzielte freiere Bewegung, freiere Gehirnfunktionen, bessere Wärmebildung, Schwinden aller Lymphdrüsenknoten, etwa mit Ausnahme der in der Leistengegend, weniger deprimirte Stimmung.

Der geistig und körperlich noch immer etwas herabgekommene Patient wurde zu einer Nachkur nach Aachen geschickt; tabische Symptome mittleren Grades, Abnahme der Sensibilität in den Unterextremitäten; pelziges Gefühl unter den Füssen; Schwanken bei geschlossenen Augen. Epileptiforme Anfälle waren seit der Inunktionskur nicht mehr vorgekommen. Die vorsichtig durchgeführte 9wöchentliche Kur bestand in Bädern und Jodkalium. Resultat: die Gangart wird etwas fester und bestimmter; schwankt weniger bei geschlossenen Augen; macht grössere Spazirgänge ohne viel Ermüdung; Schmerzen nur noch gering; constitutionelle Verhältnisse gebessert; Ernährung zugenommen; zeigt Lust, sich zu beschäftigen.

Patient kehrte noch zweimal nach Aachen zurück, bloss zum Gebrauche der Bäder und Douchen und stets in gebessertem Zustande

in Bezug auf die Motilitätsstörungen der Unterextremitäten; ausser einem schlotternden, unsicheren Gang war nichts Abnormes mehr zu bemerken. Er wurde als Beamter wieder thätig und ist es noch (1881); heirathete nach einigen Jahren und zeugte gesunde Kinder, Die Coordinationsstörung in den Unterextremitäten ist zurückgeblieben.

5. Beobachtung.

9. Juli 1864. Früher Offizier, jetzt Beamter, 32 Jahre alt.

Ueberstand 1857 einen akuten Gelenkrheumatismus und litt bis 1864 an rheumatischen Gelenkschmerzen und Unterleibsstörungen, gegen die Teplitz und Carlsbad mit Vortheil gebraucht wurden. — *Infektion* Anfangs *1864*; sekundäre Symptome erschienen nach einem „intermittirenden gastrischen Fieber". — Ausser Syphiliden und Plaques ad Tonsillas, fand sich eine Periostitis circumscripta beider Tibien mit nächtlichen Schmerzen. Die *Aachener Kur* (vom 10. Juli bis 26. August *1864*) bestand in der combinirten Thermal- und Inunktionskur, Dec. Sarsapar. und Kal. jod. Patient schien geheilt.

Im nächsten Sommer *(1865)* gebrauchte Patient, der von spezifischen Symptomen frei geblieben, kurze Zeit bloss die Aachener Thermalkur; dieselbe Kur wurde im Sommer *1869* wegen rheumatischer Reschwerden wiederholt. — Im Frühjahr *1873* kam Patient zum viertenmal nach Aachen, behaftet mit einem papulösen Syphilid im Gesicht und auf dem Kopf; zugleich klagte er über eine *Schwäche in den Beinen*. Obgleich Patient eine neue Infektion leugnet, so ist doch eine solche zwischen 1869 und 1873 immerhin möglich. Die Kur dauerte vom 20. Mai bis zum 21. Juli und bestand in einer sehr energischen Bade- und Einreibungskur bis zum Verschwinden der syphilitischen Symptome.

Anfangs November *1873* klagte Patient brieflich über sogenannte rheumatische *Schmerzen* im rechten Hüftgelenk und im rechten Oberschenkel, deren Ursprung er auf eine im Spätherbst unternommene Seereise schob; diese Schmerzen wiederholten sich öfter *in heftigen Anfällen* in beiden Beinen während des Winters; durch Jodkalium wurden sie gemildert. Die Schwäche in den Beinen nahm gleichzeitig zu. Trotzdem unterzog sich Patient längere Zeit hindurch keiner ernstlichen Kur und versah, wenn auch mühsam, seine Agenturgeschäfte. Erst 1879 kam derselbe wiederum nach Aachen.

Status 14. Juli 1879: ziehende, brennende, zuweilen auch *blitzähnliche Schmerzen* in den Unterextremitäten, namentlich im rechten Oberschenkel; Schwanken bei geschlossenen Augen; leichter *ataktischer Gang,* Patient vermag an einem Stocke auch grössere Gänge zu machen; *Patellarreflexe fehlen vollständig;* leichte Anästhesie in den Beinen; Stuhl- und Urinentleerung normal; dasselbe behauptet Patient

von den Geschlechtsfunktionen. Grobe Kraft erhalten; Ernährung gut. Syphilitische Symptome fehlen.

Die Kur vom 13. Juli bis 18. August 1879 bestand in Bädern, einigen Douchen und einer Inunktionskur; sie wurde gut vertragen und ergab als Resultat leichteren, weniger schleudernden Gang und Abnahme der Schmerzen.

Den Winter von *1879* auf *1880* brachte Patient in einem leidlich guten Zustande zu, namentlich blieb er von Schmerzen fast frei.

Status 31. Mai 1880: Gang leichter, namentlich weniger beschwerliches Umdrehen; im Uebrigen bestehen dieselben tabischen Symptome; sonst erfreut sich Patient eines guten Wohlseins und versah seine Geschäfte in- und ausserhalb seiner Heimath.

Die nur *kurze Bade- und Inunktionskur* brachte keine wesentliche Veränderung hervor.

Dieser typische Fall mit bedeutenden luetischen, sekundären und tertiären Antecedentien, war 16 Jahre lang unter meiner Beobachtung, 7 Jahre lang mit tabischen Symptomen. Wahrscheinlich hatte zwischen 1869 und 1873 eine zweite Infektion stattgefunden; nach dieser und noch während der Anwesenheit syphilitischer Symptome traten die tabischen Initialsymptome auf. Obgleich Erkältungsursache mit im Spiele ist, so hat diese doch nur verschlimmernd auf die bereits bestehenden tabischen Erscheinungen eingewirkt, und waren diese direkt auf die vorhergegangene und damals noch bestehende Syphilis zu beziehen. Langsames Fortschreiten der Tabes, von 1873 bis 1879; zwei merkurielle Kuren brachten Besserung und endlich Stillstand. Der Fall wird wohl noch zu fernerer Beobachtung kommen.

6. Beobachtung.

12. August 1864. Beamter, 38 Jahre alt.

Infektion vor 10 Jahren (1854); gegen sekundäre Symptome Merkur. Vor 3 Jahren (1861) nach heftiger Erkältung plötzlich eintretende Parese des rechten Arms, die sich nach Anwendung von spanischen Fliegen und Bädern in Rehme besserte; bald nachher „sandiges Gefühl" in den Fingern; Schwere in den Beinen.

Status: Schwanken bei geschlossenen Augen; Gang beschwerlich, steif, mit baldiger Ermüdung; leichte Ataxie; Anästhesie in den Unter-

extremitäten; pelziges Gefühl in den Sohlen; Gürtelgefühl um die Brust; Schmerz und Steifigkeit der Wirbelsäule, namentlich bei längerem Schreiben; der Schmerz wird beim Druck auf die Wirbelsäule nicht verstärkt. Schwache Reaktion der engen Pupillen gegen Lichtreiz. Urinentleerung beschwerlich; Stuhl normal. Grobe Muskelkraft ziemlich gut erhalten; keine Muskelatrophien. — Cervikaldrüsen infiltrirt; Erythema faucium.

Kur vom 12. August bis 2. October: lauwarme Bäder, Kalium jodat. — Entschiedene Besserung nach der Kur: das pelzige Gefühl unter den Sohlen nahm ab; die Schmerzen beinahe verschwunden; schreibt viel, ohne Beschwerde und mit fester Hand. Gang fester, mit weniger Ermüdung, namentlich bei längerem Gehen.

Seitdem über den Patienten nichts mehr erfahren.

Ob in diesem Falle die Parese des rechten Arms centralen, oder nur peripherischen Ursprungs war, mag schwer zu entscheiden sein; wahrscheinlich aber war sie cephalisch. Ebenso fraglich ist, ob hier Syphilis oder heftige Erkältung als ätiologisches Moment zu betrachten ist? Es bestehen in diesem Falle zweifelsohne Symptome von Leptomeningitis spin. chron., die die Hinterstränge in Mitleidenschaft gezogen hat. Das Verhalten der Sehnenreflexe würde in diesem und in ähnlichen Fällen für die Diagnose werthvoll gewesen sein; allein 1864 war dieses diagnostische Kennzeichen nicht bekannt. Die Besserung konnte constatirt werden; ob sie von Bestand gewesen, ist ungewiss.

7. Beobachtung.

30. Mai 1865. Kaufmann, 60 Jahre alt.

Infektion vor 12 Jahren (1853). Gebrauchte wegen rheumatischer (?) und hämorrhoidaler Beschwerden im Jahre 1858 die Aachener Trink- und Badekur. Im Jahre 1860 apoplektischer Insult mit rechtseitiger Lähmung, die bald verschwand. Wann die ersten tabischen Symptome auftraten ist unbekannt.

Status: blitzähnliche Schmerzen von der Kreuzbeingegend nach den Füssen schiessend, namentlich während der Nacht. In den Füssen ist die Sensibilität bedeutend herabgesetzt; leichte Ermüdung; Andeutung von Ataxie; Constipation; Enuresis.

Kur vom 30. Mai bis 2. Juli: Bäder, Jodkalium, intercurrente Douchen. Die Schmerzen verloren sich gänzlich, die Anästhesie fast gänzlich. — Spätere Nachrichten fehlen.

Den tabischen Symptomen geht in diesem Falle rechtseitige Hemiplegie nach einem apoplektischen Insult vorher. Ob in diesem Falle eine syphilitische Infektion stattgefunden — es wird nur ulcus angegeben — muss mit einem Fragezeichen versehen werden; Rheumatismus und Hämorrhoidalleiden kommen als ätiologische Momente mit in Betracht.

8. Beobachtung.

29. März 1867. Kaufmann, 35 Jahre alt.

Infektion 1860; mehrere Recidive. *1864* traten nach dem Berichte des Hausarztes *die ersten tabischen Symptome* auf; zugleich waren noch spezifische Schleimhautsymptome vorhanden; heftiger Stirnschmerz. Doppelsehen; letztere Symptome wichen auf Kalium jodat. Patient ist Vater von zwei gesunden Kindern.

Status: Ataxie mittleren Grades; Patient vermag an einem Stocke grössere Gänge zu machen, aber dann unter bedeutendem Ermüdungsgefühl; schwankt bei geschlossenen Augen; Gürtelgefühl; Anästhie der Unterextremitäten; grobe Kraft ziemlich gut erhalten; hartnäckige Verstopfung; Dysurie. — Von spezifischen Symptomen bestand eine Ulceration am harten Gaumen.

Kur vom 29. März bis 1. Juni 1867: Bäder, Inunktionskur, Decoct. Sarsapar. comp. — In den ersten drei Kurwochen entschiedene Besserung: leichterer Gang, geringeres Ermüdungsgefühl, das Gürtelgefühl abgenommen; Gaumengeschwür verheilt. Eine sich dann entwickelnde Stomatitis hatte wieder mehr Schwäche im Gefolge. Unter Fortsetzung der Bäder und des Kalium jod. war zu Ende der Kur entschiedene Besserung erzielt; Gang fast normal.

Weitere Nachrichten über diesen Fall sind mir nicht geworden.

Die ersten tabischen Symptome traten 4 Jahre nach der Infektion auf, als noch sekundäre und tertiäre Symptome bestanden; sekundäre Syphilis war noch bei der Aufnahme vorhanden. In diesem Falle ist die Annahme eines Zusammenhanges der Tabes mit Syphilis höchst wahrscheinlich und der gute Erfolg der spezifischen Kur beweist wiederum, dass Fälle mit noch bestehender Lues eine relat. günstige Prognose zulassen.

9. Beobachtung.

4. Mai 1872. Gutsbesitzer, 28 Jahre alt.

Infektion vor 5 Jahren (1867); sekundäre Symptome — Syphiliden —: achtmonatliche, meist merkurielle Behandlung; blieb 3 Jahre hindurch frei von spezifischen Symptomen. Excesse in baccho. Vor 2 Jahren trat Schmerz in der linken Kopfhälfte auf, der sich nach dem Nacken hin verbreitete; der Schmerz war anhaltend, drückend, dumpf und concentrirte sich namentlich in der Gegend des linken processus mastoid., von dort zog er nach dem linken Auge hin unter Abnahme der Sehkraft des betreffenden Auges; zugleich Doppelsehen; nach einem halben Jahre wurde auch das rechte Auge von Sehschwäche befallen. Eine „ableitende Kur" hatte auf Verminderung der Schmerzen, die sich gegen Abend steigerten, keinen Einfluss; Patient schlief dabei gut. Zu derselben Zeit bestanden auf dem Rücken und der Brust „dunkle Flecken". Einige Monate später (also vor einem Jahre) bemerkte Patient, dass *die Füsse beim Gehen nach Innen umschlugen*, zugleich mit *Schwäche in den Beinen;* im Rücken und im Kreuz traten *wandernde Schmerzen* auf; Geschlechtsschwäche, häufiges Harnen mit unvollständiger Blasenentleerung, zeitweise unwillkürlicher Harnabgang; Erschlaffung des sphincter ani mit Vorfall des Mastdarms bei mühsamem, unzureichendem Stuhlgang; auch beim Gehen zuweilen unfreiwillige Kothentleerung; Schwindelanfälle. Patient wurde von verschiedenen Aerzten hauptsächlich mit merkuriellen Mitteln (höchst ungenügende Inunktionskur!), Dec. Zittm. und Jodkalium ohne Erfolg behandelt.

Status: Schwankender, mühsamer, unsicherer Gang, auch beim Führen; sucht den Boden, ehe die Füsse stemmend aufgesetzt werden; Sensibilität der rechten Bein- und Rumpfseite normal, der linken abnorm; Patient fühlt die Berührungspunkte, kann aber die Zahl derselben nicht angeben. Kopfschmerz wie oben beschrieben; Schwindel; Schmerz im Rückgrat, mehrere Dornfortsätze der Dorsalwirbel sind schmerzhaft beim Druck; Schmerz in der linken Schulter; schmerzhaftes Gürtelgefühl. — Die Untersuchung der Augen durch meinen Collegen Alexander ergab folgendes Resultat: *links* wurden nicht mehr die Bewegungen der Hand bemerkt; *rechts* wird mit + 10 hie und da ein Buchstabe von Jäger 20 unterschieden; dem entsprechend zeigt das Ophthalmoscop: *links* die papilla n. optici vollkommen atrophisch und excavirt; *rechts* ist es die äussere Hälfte des Sehnervenkopfes, während die innere Hälfte scharf begrenzt, aber doch noch transparent und röthlich erscheint. — Allgemeine Schwäche, gebückte Haltung; Appetit gering; Magenkatarrh; linker Leberlappen angeschwollen, beim Druck schmerzhaft; prolapsus ani; Stuhl träge; urinirt häufig mit schwachem Strahl; Urin von normaler Be-

schaffenheit; Geschlechtsfunktionen erloschen. Im linken Ohr beständiges Rauschen; Puls schwach, träge. Stimmung sehr deprimirt.

Von spezifischen Symptomen bestehen noch: Periostitis mehrerer rechtseitigen Rippen mit nächtlichen Schmerzen; eine baumnussgrosse (gummöse?) Geschwulst in der linken Nackengegend.

Kur vom 4. Mai bis 7. September 1872: allgemeine Bäder, langdauernde Inunktionskur; Dec. Sarsapar. comp.; zwischendurch Kalium jodat. und bromat., Chinin. Wegen Schwäche und Stomatitis mercur. fand zeitweise Unterbrechung der Kur Statt.

Als Resultat derselben: Rückbildung aller syphilitischen Symptome und Besserung sämmtlicher Lähmungserscheinungen. Gegen die hartnäckigen neuralgischen Schmerzen (namentlich Neuraligia intercost., die noch nach dem Verschwinden der Periostitis zurückblieb) wurde der konstante Strom mit fast radikalem Erfolg in Anwendung gezogen. Die Amaurose wurde mit Strychnin-Einspritzungen ohne Erfolg behandelt. Die constitutionellen Verhältnisse besserten sich entschieden.

Spätere Nachrichten über den Kranken fehlen.

Dieser wichtige, ungemein complicirte Fall begann mit cephal-meningitischen Symptomen, dem bald Amblyopie, Doppelsehen und verhältnissmässig rasch Sehnervenatrophie folgten. Dass letztere durch Syphilis bedingt und als Initialsymptom der Tabes anzusehen war, unterliegt wohl keinem Zweifel, und dass die antisyphilitische Behandlung auf das Augenleiden in diesem Stadium von keinem Einfluss gewesen, kann nicht auffallen und wird durch zahlreiche andere Fälle bestätigt; ebenso wenig nutzten Strychnininjektionen. Der Rückenschmerz, namentlich die bei Druck schmerzhaften Dornfortsätze, das schmerzhafte Gürtelgefühl lassen den Fall als „Tabes dolorosa" symptomatisch bezeichnen, eine Form, die bekanntlich Remak sen. seiner cervicalen Form der Tabes beilegte; jedenfalls beweisen sie eine meningitische Complikation. Die durch die luetische Periostitis bedingten Schmerzen waren von den obigen deutlich zu unterscheiden. Bermerkenswerth ist noch die halbseitige Anästhesie, wie sie sonst bei der traumatischen Halbseitenläsion des Rückenmarks vorzukommen pflegt. Der rasche Rückgang der spinalen Störungen bei Amaurose ist in prognostischer Beziehung

nicht ohne Interesse (vergl. p. 24). Es ist sehr zu bedauern, dass dieser wichtige Fall, in welchem, abgesehen von dem Verschwinden der syphilitischen Symptome, eine wesentliche Besserung des Rückenmarksleidens erreicht wurde, ferner nicht zur Beobachtung kam; Patient war dem Inneren Russlands angehörig.

10. Beobachtung.

31. October 1872. Militair a. D., 38 Jahre alt.

Infektion vor mehreren Jahren; die ersten tabischen Symptome traten vor 3 Jahren *(1869)* auf.

Status: Ataxie, Schwanken bei geschlossenen Augen; geht mühsam an einem Stock mit schlotternden Beinen; grobe Kraft erhalten; Ernährung gut; Gürtelgefühl, namentlich stark auf dem Rücken; keine bedeutenden Schmerzen in den Unterextremitäten; leichte Anästhesie in denselben; Geschlechtstrieb vermindert; leichte Dysurie; Stuhl etwas verhalten; deprimirte Gemüthsstimmung.

1. Kur vom 31. October bis 20. December 1872: allgemeine Bäder mit Inunktionskur. Das Resultat war: gutes Allgemeinbefinden, Abnahme des Gürtelgefühls; noch Druck auf dem Rücken; grössere Sicherheit im Gehen, auch in der Dämmerung; vermag 1—1½ Minut. bei geschlossenen Augen ohne Schwanken zu stehen. Stimmung besser, hoffnungsvoller, so dass Patient selbst auf baldige Wiederholung der Kur drang.

2. Kur vom 30. Januar bis zum 20. März 1873: allgemeine Bäder mit energischer Inunktionskur. — Diese 2. Kur wurde recht gut vertragen, erzielte jedoch vorderhand keinen weiteren Fortschritt, als den durch die 1. erzielten.

Bis zum Anfange 1881 (also 8 Jahre lang) blieb ich ohne Nachricht von dem Patienten; da wurde gemeldet: der Zustand des N. N. ist so ziemlich derselbe, wie vor 8 Jahren; er geht unvollkommen mit scholternden Beinen; der Zustand ist also stationär geblieben. Zu bemerken ist noch, dass Patient sich vor 2 oder 3 Jahren einer Knetkur unterwarf.

Einer weiteren Epikrise bedarf dieser typische Fall nicht; da zwei spezifische Kuren eine Besserung erzielten, so ist der Antheil, der etwa der Knetkur an dem Stillstand der Tabes zuzuschreiben ist nicht näher zu bestimmen.

11. Beobachtung.

22. Juni 1874. Ehefrau, 40 Jahre alt.

Infektion vor 2 Jahren (1872) von der Lippe aus; gummöser Knoten daselbst mit Infiltration der Submaxillardrüsen; merkurielle Behandlung. Wegen chron. Bronchialkatarrhs gebrauchte Patientin im Sommer 1873 mit Erfolg Ems. Im Winter 1873 auf 74 *heftiger Kopfschmerz,* dem rechtseitige *Parese* folgte, die bald durch Jodkalium beseitigt wurde. Im Frühjar 1874 traten *Steifigkeit* und *taubes Gefühl* in den Unterextremitäten auf und allmälig sich steigernde Rückenschmerzen; auch hier brachte Jod, nebst Morphin-Infektionen, Erleichterung. Wegen Wiederkehr des Bronchialkatarrhs gebrauchte Patient im Frühjahr 1874 zum anderen Mal Ems, wurde jedoch nach dreiwöchentlicher Kur, da Rückenschmerz und Paraplegie zunahmen und man noch Syphilis vermuthete, nach Aachen geschickt.

Status: ataktischer, mühsamer Gang; bedient sich eines Stockes bei kleineren Gängen nach aussen; bedeutendes Schwanken bei geschlossenen Augen; pelziges Gefühl in den Sohlen; Abnahme der Sensibilität in den Unterextremitäten; blitzähnliche Schmerzen, namentlich in den Knieen, auch in der Nacht; Gürtelgefühl; Magen- und Bronchialkatarrh; Constipation, Urinentleerung normal. Patientin ist noch ziemlich gut genährt; etwas Schwäche in der rechten Oberextremität; sonst grobe Kraft erhalten. — Es besteht noch eine Hyperostose der rechten tibia.

1. Kur vom 26. Juni bis 6. August 1874: allgemeine Bäder und Inunktionskur; leichte Quecksilbererscheinungen. Die Kur selbst blieb ohne wesentlichen Erfolg, doch wurde eine günstige Nachwirkung (Abnahme der Schmerzen, leichterer Gang) später gemeldet.

2. Kur vom 22. Mai bis 29. Juni 1875.

Status: die ataktischen Symptome bedeutend geringer; vermag Spazirgänge ohne viel Ermüdung zu machen; schwankt nur wenig bei geschlossenen Augen; *die Sensibilität in den Unterextremitäten zurückgekehrt;* in den Knieen noch etwas Schmerz; besseres Allgemeinbefinden und besseres Aussehen. Die Hyperostose der tibia besteht noch, aber ohne Schmerz, selbst bei Druck.

Die vorjährige Kur wurde wiederholt und gut vertragen; unmittelbar nach derselben keine nennenswerthe Besserung, wogegen diese in bedeutendem Grade wieder später eintrat, so dass Patientin im Jahre 1878 für hergestellt erklärt wurde.

3. Kur 1879. Im Sommer gebrauchte Patientin auf eigenen Antrieb die hiesigen Bäder und Douchen ohne Friktionen und ohne ärztliche Leitung. So viel man ohne Untersuchung bemerken konnte, war der Gang, eine geringe Unbehülflichkeit abgerechnet, ziemlich normal.

Ende März *1880* berichtet der Hausarzt: „Die *Besserung* nach den Aachener Kuren ist *auffallend gewesen;* seit dem letzten Winter ist ein *Stillstand* eingetreten; Patientin klagt nur über ein lähmungsartiges Gefühl in den Beinen mit Wehgefühl in den Knieen und Füssen, wenn letztere kalt werden; der Gang bei hellem Tage ziemlich gut; im Dunklen stolpert sie leicht und schwankt beim Gehen über eine Diele. *Die Hautsensibilität ist ganz normal;* die Magenstörungen sind gänzlich verschwunden; Ernährungszustand gut."

4. Kur vom 15. Juni bis 22. Juli 1880. Status: die Gangart ist eine mehr wackelnde, etwas schwerfällige, denn ataktische; leichtes Ermüdungsgefühl und leichtes Schwanken bei geschlossenen Augen; Patellarreflexe in leichter Andeutung vorhanden; der Quadriceps zuckt beim Anklopfen; keine Anästhesie; leichte, rheumatoïde Schmerzen in den Knieen; ist etwas constipirt und urinirt mit einiger Beschwerde. Ernährung gut, dem auch das Aussehen entspricht.

Die Kur bestand in allgemeinen Bädern, einigen Douchen und der Inunktionskur; leichte Stomatitis. Im Uebrigen wurde die Kur gut vertragen, bewirkte jedoch keine wesentliche Aenderung des Zustandes. Zur Nachkur wurde Jodkalium empfohlen und genommen.

Im Dezember desselben Jahres wurde entschiedene Besserung des Ganges und allgemeines Wohlsein gemeldet; in den Knieen blieb noch etwas Schmerz zurück. Patientin wird in meine fernere Beobachtung kommen.

Dieser Fall betrifft die einzige Frau unter 40 Fällen; meningitische Symptome und paretische Erscheinungen gingen den ersten tabischen Erscheinungen kaum 2 Jahre nach erfolgter Infektion — durch sekundäre Syphilis von Mund zu Mund — vorher. Die beiden ersten combinirten Bade- und Inunktionskuren (1874 und 1875) bewirkten eine an Heilung gränzende Besserung, die sich aber stets erst nach längerer Zeit einstellte. Fernere ähnliche Kuren in den darauf folgenden Jahren würden diesen Fall, der noch mit tertiären Symptomen einherging, vielleicht zur Heilung geführt haben; statt dessen gebrauchte Patientin 4 Jahre später (1879) eine blosse Badekur und kam erst 1880 zur 3. spezifischen Kur nach Aachen zurück. Das Kurresultat ist trotzdem ein befriedigendes und wird sich in der Zukunft höchst wahrscheinlich noch besser gestalten.

(Während des Druckes dieser Schrift — Frühjahr 1881 — ist Patientin nochmals nach hier zurückgekehrt; ausser einer gewissen

Unbehülflichkeit im Gange und einem ganz leichten Schwanken bei geschlossenen Augen bemerkt man nichts Abnormes; der Patellarsehnenreflex ist links fast normal, rechts weniger stark; von Anästhesien und Parästhesien keine Spur, der Stuhl ist geregelt, die Urinentleerung normal; die konstitutionellen Verhältnisse sind gut; die Hauptklage ist Schmerz in den Tibien und den Knieen; an beiden Tibien erregt ein stärkerer Druck mehr Schmerz an einzelnen Stellen, die über dem Niveau etwas erhöht sind. Eine neue Bade- und Einreibungskur ist installirt. Eine complete Heilung steht in diesem Falle in Aussicht, wozu die, wenn auch immer noch schwache Rückkehr der Patellarsehnenreflexe noch mehr berechtigen. Die Periostitis der Tibien spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Syphilis noch nicht erloschen ist).

12. Beobachtung.

17. Juni 1875. Kaufmann, 40 Jahre alt.

Infektion vor 10 Jahren (1865); *sekundäre Symptome* auf Haut und Schleimhaut folgten; merkurielle Behandlung; noch längere Zeit nachher „Rhagaden" an den Nagelgliedern; Anfälle von *Magenbeschwerden* (crises gastriques), Druck in der Lebergegend; *periostale Symptome* am Scheitelbein mit Schwindel und Kopfschmerz; bei einem heftigen Druck an dieser Stelle trat einmal Besinnungslosigkeit, aber ohne Krämpfe ein; Besserung durch längeren Jodgebrauch, abführende und schweisstreibende Mittel, Kaltwasserkur. Obige Symptome zeigten sich mehr oder weniger heftig in jedem Frühjahr. Erst in der letzteren Zeit traten leichte Motilitätsstörungen, Schmerzen in den Unterextremitäten und Parästhesien auf.

Status: ermüdet leicht beim Gehen; der Gang ist etwas unsicher, wenn auch nicht ataktisch, namentlich auf unebenem Boden; bei geschlossenen Augen *Schwanken*; Spannung im Kreuz mit *blitzähnlichen Schmerzen* in den Beinen; Ameisenkriechen in denselben; keine Anästhesie; Schwindel; Druck im Kopf und Nacken; Herzklopfen mit negativem Befund; Stuhl- und Urinentleerung normal; keine Unterleibsstörungen; im Ganzen noch kräftig; normale Ernährung. — Von *tertiären Symptomen* besteht in der Mitte der regio parietalis eine thalergrosse, umschriebene, weiche und etwas erhabene Stelle, die beim Druck schmerzhaft ist; kein Schmerz in der Nacht.

1. Kur vom 17. Juni bis 28. Juli 1875: allgemeine Bäder mit energischer Inunktionskur, die gut vertragen wurde; die Motilitätsstörungen entschieden gebessert; die Periostitis gummosa bildete sich vollständig zurück.

Patient kehrte im nächsten Frühjahre (1876) zurück, in allen Beziehungen gebessert; grössere Sicherheit im Gehen, doch noch Formikation in den Unterschenkeln und Füssen; Congestionen nach dem Kopf mit Druckgefühl. — Als verdächtig für das Andauern der Syphilis bestanden noch psoriatische Stellen an den Fingerspitzen und Nägeln.

2. Kur vom 20. Mai bis zum 21. Juni 1876: Bäder mit Inunktionskur. Auch diese Kur wirkte noch verbessernd auf die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, von denen nur ein geringer Rest zurückblieb; auch bildeten sich die Congestions-Erscheinungen mit Kopfdruck zurück; die syphilitischen Ueberreste verschwanden.

Ende März 1881 erhielt ich die ersten Nachrichten durch den intelligenten ehemaligen Patienten selbst: „Ich bin fast gänzlich frei von den früheren Symptomen (Schwindel und unsicherer Gang); wenn ich nicht sage *ganz befreit,* so muss ich dazu bemerken, dass ich nur nach *grösserer* Aufregung oder Erkältung einen *Schein* von dem früheren Uebel verspüren kann. Im Uebrigen kann ich mittheilen, dass ich seit den Aachener Kuren wieder Theil an jedem Lebensgenusse nehmen und meine Geschäfte wie früher versehen kann."

In diesem, von einem fast an Heilung gränzenden Kurresultat gefolgten Falle, gingen cephalische Symptome (Kopfschmerz, Schwindel, vielleicht epileptiformer Anfall) den tabischen Initialsymptomen vorher. Die noch bei der Aufnahme constatirte tertiäre Syphilis liess von vorneherein eine günstige Prognose zu, namentlich bei den relativ nicht schweren tabischen Symptomen.

13. Beobachtung.

23. November 1875. Kaufmann, 41 Jahre alt.

Patient stammt aus einer Familie, in der weder Gehirn-, noch Rückenmarkskrankheiten vorkamen; litt in früheren Jahren an Ischias und in Ostindien an der Leber.

Infektion vor 5 Jahren (1870); sekundäre Symptome der Haut und Schleimhaut; Jodquecksilber brachte dieselben zum Verschwinden.

Anfangs Mai 1875 erwachte Patient, nach vorhergegangenen grossen psychischen Aufregungen wegen Geschäftskrise, mit einer rechtseitigen *Hemiplegie, Blasen-* und *Mastdarmlähmung;* Eisumschläge, später konstanter Strom brachten Besserung; nach 15 Bädern in Wildbad traten heftige Congestionen nach dem Kopf und *Doppelsehen* ein (Parese des musc. rect. infer. et intern. oculi dextri), zugleich mit Schwäche in den Beinen, vorzugsweise im linken. Eine syphilitische

Grundlage vermuthend, wurde Quecksilberjodid mit geringem Erfolg gegeben.

Status: die Lähmungserscheinungen betreffen gleicherweise beide Unterextremitäten; zum Gehen erhebt sich Patient hastig und strebt nach vorwärts mit schleudernden, uncoordinirten Bewegungen der Beine und Füsse; langsames Gehen gelingt nur mit Hülfe zweier Stöcke unter geringeren ataktischen Erscheinungen; bei Augenschluss bedeutendes Schwanken; Anästhesie beider Oberschenkel; Ameisenkriechen in der rechten Hand, namentlich an der Ulnarseite; Schmerzen werden hauptsächlich im Lumbaltheil des Rückens empfunden; Doppelsehen; vollständige Impotenz; Constipation, Dysurie. Grobe Muskelkraft erhalten; Fettleibigkeit, namentlich starker Unterleib. Patient ist von lebhaftem, leicht erregbarem Temperament. — Ausser infiltrirten Nacken- und Halsdrüsen nichts Spezifisches mehr zu finden.

1. Kur vom 23. November 1875 bis zum 5. Februar 1876: allgemeine Bäder und Inunktionskur, die jedoch wegen allgemeiner Schwäche häufig unterbrochen wurde; dazwischen Chinin, Argent. nitr. und Kal. jodat. — Mit dem 45. Kurtage trat eine entschiedene und fortschreitende Besserung des Ganges ein, so dass Patient zu Ende der Kur nur an einem Stocke, wenn auch etwas unsicher, zu gehen vermochte; die Parästhesien blieben unverändert; ebenso Doppelsehen, Geschlechts-, Mastdarm- und Blasenschwäche.

Zur Nachkur Jod und konstanter Strom. Ende März meldet Patient fortschreitende Besserung des Ganges; auch näherten sich die Doppelbilder mehr.

Im Frühjahr wurde Nauheim besucht, dessen Sool- und Sprudel-Bäder allgemein erkräftigend, wie auch auf die Mastdarm- und Blasenparese günstig wirkten.

2. Kur vom 22. August bis zum 25. September 1876. Patient kam in einem ganz entschieden gebesserten Zustande an; beim Gehen nur noch Unbehülflichkeit, auch baldige Ermüdung; beim Augenschluss nur noch unbedeutendes Schwanken; die Parästhesien schwächer, Doppelsehen fast verschwunden; die Darm- und Urinentleerung erfolgt leichter; Impotenz noch vorhanden. — Die Kur bestand in allgemeinen Bädern, alternirend mit Douchen und Jodkalium; blieb ohne weiteren Erfolg, als dass Patient sich kräftiger und weniger ermüdet nach längerem Gehen fühlte.

Aus späteren brieflichen Mittheilungen entnehme ich Folgendes: im Herbste 1876 wurde weiter elektrisirt, namentlich auch das rectum; allmälig kehrten Erectionen und Potenz zurück; die Defäkation wurde normal, das Doppelsehen verschwand allmälig; Patient vermochte seinen Geschäften nachzugehen. In den Jahren 1877—1879 wurden Bade- und Trinkkuren in Salzschlirf (Bonifaciusbr.) gebraucht; es waren wieder Rückenschmerzen aufgetreten, gegen welche die kalte Douche mit Erfolg angewandt wurde; Patient vermochte an 6 Stunden täglich zu gehen. — Ende April 1880 bestand noch immer etwas

Unsicherheit in beiden Beinen, doch nicht konstant und wurden täglich 30—40 Stadtgänge in Geschäften ohne viel Anstrengung gemacht; die Rückenschmerzen melden sich von Zeit zu Zeit; es bestehen noch einzelne Parästhesien (z. B. wird an den Hinterbacken kaltes Wasser wie warmes gefühlt, Dysthermie Rosenthal); im Uebrigen gute, selbst floride Gesundheit. — Der ehemalige Patient steht als Chef einem grossen Geschäfte vor, das bedeutende geistige und körperliche Anstrengung erfordert; ging eine zweite Ehe nach dem Tode seiner Frau ein. — Ueber Fehlen oder Rückkehr von Sehnenreflexen konnte nichts eruirt werden.

Dieser Fall, der ebenfalls fast zu den Heilungen zu zählen ist, begann cephalisch mit Hemiplegie, Blasen- und Mastdarmlähmung; in Wildbald traten sodann heftige Congestionen mit Augenmuskellähmung ein; hieran schlossen sich die ersten tabischen Symptome. Ausser Syphilis sind in diesem Falle noch deprimirende Gemüthsaffekte als ätiologisches Moment, namentlich bei diesem sehr leicht erregbaren Patienten, anzuschuldigen. Auch war die Kur eine äusserst mannigfaltige, so dass es sich fragen könnte, welche von entscheidend günstigem Einfluss gewesen ist; so viel steht indessen fest, dass den beiden hiesigen combinirten Bade- und Einreibungskuren eine wesentliche Besserung auf dem Fusse folgte, die dann unter Zuhülfenahme anderer Mittel beinahe der Heilung zugeführt wurde. Ob die Lymphdrüseninfiltrationen noch Zeichen nicht erloschener Syphilis zur Zeit der Aufnahme waren, lasse ich dahin gestellt sein,

14. Beobachtung.

5. Juni 1879. Ingenieur, 42 Jahre alt.

Infektion vor 17 Jahren (1862). *Status:* neuralgische, auch stechende, *blitzähnliche Schmerzen* in den Unterextremitäten, seltener in den Armen, ganz selten am Rumpf; sie traten vor etwa 2 Jahren auf. Störungen der Sensibilität fehlen ebenso wie ataktische Erscheinungen, doch ermüdet Patient leicht und fühlt grosses Ruhebedürfniss; Neigung zu kalten Füssen; beim Stehen mit geschlossenen Augen *Schwanken,* Unsicherheit; ebenso das Gehen bei geschlossenen Augen unsicher; *Patellarreflex beiderseits vollständig aufgehoben.* Linker

Leberlappen etwas angeschwollen; Magenkatarrh; Constipation; beide *Hoden atrophisch* (verminderter Geschlechtstrieb). Allgemeine bedeutende Abmagerung. — Infiltrirte Cervikal- und Inguinaldrüsen. — Ein 7jähriger Knabe leidet an chronischer Pharyngitis und infiltrirten Halsdrüsen.

Kur vom 5. Juni bis 19. Juli 1879: Bäder mit einigen Douchen; Kalium jodat. c. brom.; konstanter Strom.

Das Resultat der Kur war: bedeutender Nachlass der Schmerzen; fühlt sich kräftiger und weniger ermüdet; der Magenkatarrh wich; nahm 3¼ K. an Gewicht zu.

Nach einer Mittheilung aus dem Februar 1881 soll sich Patient ganz wohl befinden. Ueber Patellarreflex fehlen weitere Nachrichten.

Höchst wahrscheinlich ein Fall von beginnender Tabes mit den bekannten Initialsymptomen: blitzähnliche Schmerzen, aufgehobene Reflexe, Geschlechtsschwäche. Ob dieser Fall noch mit Syphilis in Verbindung stand, lasse ich unentschieden; die Infektion hatte viele Jahre vor den tabischen Symptomen stattgefunden und war über etwa früher vorhandene sekundären Symptome und über die Zeit des Auftretens der blitzähnlichen Schmerzen nichts Genaueres zu eruiren. Die Inunktionskur wurde bei dieser Ungewissheit und der bedeutenden Schwäche des Patienten nicht angewandt, sondern Jod gegeben, das mit den Bädern und Douchen scheinbar einen guten Effekt hatte.

15. Beobachtung.

10. April 1880. Militair, 35 Jahre alt.

Mehrere Infektionen, die erste vor 15 Jahren; sekundäre Schleimhautsymptome, die öfter recidivirten; Inunktions- und Schwitzkuren. Starke Excesse in Venere. Vor 2½ Jahren Sturz mit dem Pferd und seit der Zeit Beginn der *blitzähnlichen Schmerzen* in den Unterextremitäten. Im October 1879 *aphasische Symptome,* welche nach Applikation von Eis auf den Kopf zwar verschwanden, doch soll die jetzt noch bestehende, etwas skandirende Sprache seitdem zurückgeblieben sein. Seitdem auch Ermüdungsgefühl und seit Ende des Jahres Stockschnupfen. Im Februar 1880 entstand ein Panaritium am Nagelglied des linken Zeigefingers, das in Periostitis suppurativa mit folgender Necrose überging; nach Ausstossung des Sequesters

blieb bis jetzt ein Geschwür zurück. Reiten ist dem Patienten fast unmöglich.

Status: Patellarreflex rechterseits vollständig erloschen, linkerseits sehr gering angedeutet; Quadricepsreflex beiderseits in geringen Zuckungen schwach angedeutet; vollständige *Analgesie* der Haut der Unterextremitäten; Tastkreise daselbst erweitert; *Gang normal,* auch bei geschlossenen Augen; die *blitzähnlichen Schmerzen* treten unregelmässig auf, auch in der Nacht und sind hauptsächlich auf das Gebiet des Ischiadicus und Cruralis beschränkt; ermüdet leicht, zwingt sich jedoch selbst zu grösseren Spaziergängen; grobe Kraft erhalten. *Myosis spinalis* der rechten Pupille; die linke reagirt wenig gegen Lichtreiz; Sehvermögen normal. Sprache etwas nasal; sonst wie oben angegeben. Stuhl regelmässig; urinirt auf einmal viel, tropfenweise beginnend; Geschlechtstrieb entschieden abgenommen. — Aussehen kachektisch mit einem ikterischen Anflug; Leber in normalen Grenzen; bei kräftigem Druck auf die Lebergegend wird etwas Schmerz geäussert; deprimirte, weinerliche Stimmung. — Ausser den verdächtigen ikterischen und Nasensymptomen, hat das Nagelgeschwür einen gummösen Charakter.

Kur vom 11. April bis 28. Mai 1880: Bäder, einige mit Douchen; energische Inunktionskur. Die Kur wurde gut vertragen und hatte folgendes Resultat: Analgesie der linken Unterextremität abgenommen; die Schmerzanfälle haben in den letzten drei Wochen gänzlich aufgehört; Patellar- und Quadriceps-Reflexe wie bisher, ebenso Myosis. Das Allgemeinbefinden besser, dem auch das frischere Aussehen entspricht; das Körpergewicht hat seit Beginn der Kur um $2^1/_2$ K. zugenommen; weniger Ermüdungsgefühl; bessere, hoffnungsvollere Stimmung. Das Fingergeschwür heilte allmälig unter Beihülfe einer Jodoformsalbe.

Ein charakteristischer Fall tabischer Initialsymptome: blitzähnliche Schmerzen, halbseitiger Verlust des Patellar-Reflexes, Analgesie, Myosis spinalis. Ausser Syphilis spielen in diesem Falle Excesse in Venere eine Rolle; ob auch Erschütterung durch Sturz mit dem Pferde, ist schwer zu sagen. Die aphasischen Störungen deuten auf Mittheilnahme des Gehirns. Nach dem Resultat der ersten Kur scheint eine zweite sehr nöthig.

Nachträglich (Juni 1881) erfahre ich über den Fall Folgendes:

Nach der hiesigen Kur gebrauchte Patient noch Jodkalium und Soolbäder, später Jodoform und Elektricität, letztere in ungeschickter Anwendung. Der Zustand besserte sich insofern, als das

„Reissen“ weniger schmerzhaft war, doch sind bis jetzt die „blitzartigen Stiche“ von Zeit zu Zeit in sämmtlichen Theilen der Beine, auch in den Händen vorhanden. Das Allgemeinbefinden hat sich nach der Aachener Kur wesentlich gebessert, so dass Patient seinen anstrengenden Dienst, wenn auch zuweilen mühsam, verrichten konnte, auch Schlittschuhe lief, tanzte und auf die Jagd ging. Kopf frei, Schlaf meist gut; das Körpergewicht hat wenig zugenommen. — Leider verschlimmerte sich im Mai das Nasenleiden, indem sich ein cariöser Process einstellte, dem annoch mit Dec. Sarsapar. comp. und örtlicher Behandlung begegnet wird. Ueber Sehnenreflexe etc. wird nichts gemeldet.

III. Ohne Erfolg behandelte Fälle; einige davon mit Besserung einzelner Symptome und Stillstand.

16. Beobachtung.

30. August 1862. Militair a. D., 40 Jahre alt.

Infektion vor 5 Jahren (1857); gegen sekundäre Symptome längere Zeit hindurch Merkur und Jod. Patient, von schwächlicher Constitution, litt von früher Jugend an grosser Reizbarkeit des Nervensystems, die zur Zeit der Mannbarkeit eine sexuelle Richtung nahm, so dass geschlechtliche Zwangsvorstellungen auftraten, in Folge deren Erektionen und Pollutionen; keine Onanie, wenig coitus. Vor $2^1/_2$ Jahren (1859) stellten sich ziemlich plötzlich Unsicherheit des Ganges und Zuckungen in den unteren Extremitäten ein; zugleich Harnbeschwerden und Enuresis; Patient wurde anämisch, war sehr deprimirt; die Unterextremitäten zeigten folgende Abnormitäten: Hautsensibilität herabgesetzt, Neigung zu reflektorischen Muskelcontraktionen; willkührliche Bewegungen zwar möglich, aber unkräftig; die Temperatur auffallend niedrig. In den Abendstunden traten zuweilen Fieberbewegungen auf; Harn meist etwas trübe und in geringer Menge entleert; Stuhl träge. Die Behandlung bestand in Eisenpräparaten und nux vomica, welche die Anämie besserten und auf die Schwäche in den Beinen günstig einwirkten. Im Frühjahre 1862 entstand auf der Stirn ein Exanthem, welches mit der stattgefundenen Infektion in Zusammenhang gebracht wurde: desshalb Aachen. Soweit der ärztliche Bericht.

Status: leicht ataktische Gangart; Romberg'sches Zeichen; die meisten der oben beschriebenen Symptome bestanden noch; das Exanthem hatte keinen spezifischen Charakter, war acne simplex.

Die hiesige *Kur* dauerte 6 Wochen und bestand in lauwarmen Bädern und intercurrenten Douchen; ausserdem Jodeisen und Chinin. Unter dieser Behandlung besserten sich die herabgekommenen constitutionellen Verhältnisse; im Uebrigen wurde keine Besserung erzielt.

Weitere Nachrichten fehlen.

In diesem Falle ist eine Betheiligung der Seitenstränge höchst wahrscheinlich. Ausser Syphilis sind als ätiologische Momente erbliche Belastung und geschlechtliche reizbare Schwäche hervorzuheben.

17. Beobachtung.

6. Oktober 1862. Militair, 30 Jahre alt.

Infektion vor 3 Jahren (1859); sekundäre (Haut-) Syphilis, mit Inunktions- und Zittmannskur behandelt. Vor 2 Jahren (1860) traten *blitzähnliche Schmerzen* im Kreuz und in den Beinen auf, die sich auch in der Nacht zeigten, mit grossem Ermüdungsgefühl; Jod- und Kaltwasserkur hatten Erfolg; Ende 1860 kehrten jedoch beide Symptome zurück. Eine Inunktionskur mit Dampfbädern war erfolgreich, so dass Patient bis zum Herbst 1861 wohl blieb und seinen Dienst versah. Sodann wiederum Rezidiv der Schmerzen und des Ermüdungsgefühls; sie steigerten sich namentlich im Frühjahr 1862 zu einer ausserordentlichen Heftigkeit; künstliche Aachener Bäder mit Königsberger Jod-Schwefelseife und später Kaltwasserkur brachten wieder Linderung, so dass Patient bis zum Sommer sich ziemlich wohl fühlte; eine dann in Warmbrunn absolvirte Badekur blieb ohne Erfolg.

Status: Patient., von noch ziemlich robuster Constitution, zeigt leichte tabische Gangart; er vermag noch grössere Spaziergänge mit Aufwand von Kraft, aber mit folgender grossen Ermüdung zu machen; das Romberg'sche Zeichen ist vorhanden; die blitzähnlichen Schmerzen sind jetzt leichterer Art; die Hautsensibilität der Unterextremitäten hat etwas abgenommen; urinirt ziemlich normal; Stuhl etwas verhalten; die Geschlechtsphäre intakt, aber wenig libido.

Die fünfwöchentliche *Kur* bestand in lauwarmen Bädern mit intercurrirenden Douchen, Jodkalium und Jodeisen; sie schien im Anfange günstig zu wirken, doch trat später Stillstand in der Besserung ein, so dass sie schliesslich ohne Erfolg blieb.

Spätere Nachrichten fehlen.

Dieser typische Fall von sogen. Tabes dolorosa zeigte eine namhafte Besserung nach einer Inunktionskur mit Dampfbädern und würde zu einer abermaligen veranlasst haben,

wenn nicht von anderer Seite entgegenstehende Ansichten geäussert worden wären.

Der folgende Fall kann nur aphoristisch und mangelhaft mitgetheilt werden.

18. Beobachtung.

24. Juli 1863. Ein 56jähriger Kaufmann litt seit zwei Jahren an tabischen Symptomen (ataktischer Gang, Romberg'sches Zeichen, Herabsetzung der Hautsensibilität in den Beinen, Urinbeschwerden, Constipation etc.), war vor mehreren Jahren syphilitisch inficirt gewesen, hatte viele merkurielle Kuren durchgemacht und trug noch Zeichen nicht getilgter Lues (Leukoplakia linguae); ausserdem bestand eine bedeutende Verengerung in der pars prostatica der Urethra. Im verflossenen Jahre hatte er in Burtscheid gebadet und darauf Seebäder ohne Erfolg genommen. Die Badekur in Aachen, zugleich mit Jodkalium, hatte nach etwa 14 Wochen eine kleine Besserung des Ganges bewirkt. Da entstand, wahrscheinlich in Folge einer Erkältung, vollständige Harnverhaltung und der Kranke, obgleich mit Erfolg katheterisirt, starb nach wenigen Tagen unter den Symptomen der urämischen Vergiftung.

Die Sektion wurde nicht erlaubt.

19. Beobachtung.

9. September 1863. Militair, 37 Jahre alt.

Vor 3 Jahren (1860) war ein Genital-Ulcus vorhanden, dem Bubonen in beiden Inguinalgegenden folgten; dieselben abscedirten und hinterliessen Fistelgänge mit verhärteter Umgebung; bei einer im Sommer 1863 absolvirten Inunktionskur schlossen sich die Fisteln und es blieb nur eine unbedeutende Härte und eine braun-röthliche Färbung der Haut zurück. Seit einiger Zeit (wie lange, wird nicht angegeben) stellten sich Symptome beginnender Tabes ein: Schmerzen in beiden Beinen, unsicherer Gang, grosses Ermüdungsgefühl, Schwanken bei Augenschluss. Im Winter von 1862 auf 1863 gesellten sich heftige Rückenschmerzen, Kopfschmerz (besonders stark im Hinterkopf), Schwindel und Congestionen nach Kopf und Brust hinzu.

Patient hatte während des italienischen Feldzugs (1859) schwere Krankheiten durchgemacht, welche seine an sich, durch protrahirte Skrofulose schon geschwächte Constitution tief erschütterten: Typhus, bösartige Masern, heftiger Anfall von Insolation etc. In der letzteren Zeit traten die tabischen Symptome in den Vordergrund und veranlassten den verstorb. Walther in Dresden den Patienten, wegen Ver-

dacht nicht getilgter Lues nach Aachen zu senden. So weit der Bericht des Hausarztes.

Status: leicht ataktische Gangart, Schwanken bei geschlossenen Augen, grosses Ermüdungsgefühl nach mässigster Bewegung; Unterextremitäten abgemagert, Füsse kühl; herabgesetzte Sensibilität der Beine, ziehende Schmerzen vom Rücken aus nach denselben; keine Blasen- und Mastdarmstörungen; Potenz vermindert; Puls klein, frequent. Patient ist schwach, nervös, herabgekommen; das Gesicht congestionirt.

Die hiesige Kur (allgemeine Bäder, Jodkalium, Chinin) konnte kaum 3 Wochen lang fortgesetzt werden, da die Congestionen nach Kopf und Brust und die Schwäche bedeutend zunahmen.

Spätere Nachrichten fehlen.

Da nur ein verdächtiges ulcus mit nachfolgenden eiternden Bubonen angegeben wird, so ist in diesem Falle die Syphilis fraglich; als ätiologische Momente treten viel mehr in den Vordergrund Typhus und Insolation. Der Fall war mit meningealen Symptomen complicirt.

20. Beobachtung.

13. Juli 1864. Notar, 38 Jahre alt.

Infektion vor 15 Jahren (1849); Einreibungen, Jodkalium. 1857 Psoriasis: Sublimat, Jodkalium. 1859 zeigte sich wieder Psoriasis: Kaltwasserkur mit Erfolg. 1862 im Februar *heftige Schmerzen im Hinterkopf,* Morgens und Abends exacerbirend; Constipation; *leichte Ermüdung der Beine:* Chinin, Solut. arsen. Fowl., Rakoczy; Besserung. Während einer Tyroler Reise cessirten die Schmerzen; das Ermüdungsgefühl und die Mattigkeit blieben. 1863 im Januar recidivirten die Kopfschmerzen in heftiger Weise, nur während des Tages; Ausbreitung derselben nach der Stirn; *reissende Schmerzen in den Beinen,* mit grosser Schwäche derselben; habituelle Constipation: kalte Bäder, Rakoczy, Solut. Fowl. Im April liessen die Schmerzen nach. Im Mai Parese des linken Beins; Respiration beengt, die Schmerzen in den Beinen wieder zunehmend: warme Bäder, Aloetica; 3wöchentliche Badekur in Wiesbaden, nach der Verschlimmerung eintrat; Parese des rechten Beins, zunehmende Oppression, Schwäche des rechten Arms.

Auf den Rath eines hochstehenden Klinikers, der Syphilis als Grundlage erkannte, längere Behandlung mit Jodkalium; hierauf *Besserung aller Symptome*; nur blieben die Beine geschwächt. Nach Aussetzen des Jodkaliums nahmen die Lähmungssymptome wieder zu. Auf Hydrarg. jod. flav. Besserung der Schmerzen und der Oppression,

aber Zunahme der Lähmung der Beine, so dass Patient kaum noch gehen konnte; auch wurden zwei Finger der linken Hand gelähmt. Wegen Kolikschmerz wurde das Jodquecksilber ausgesetzt. Anfangs 1864 schritt die Lähmung der Beine weiter; eine kleine Inunktions-Kur wirkte insoweit bessernd, als Patient mit Unterstützung zu gehen vermochte; „die Beine waren strammer geworden". Strychnin hatte nicht die geringste wohlthätige Wirkung, wohl aber künstliche lauwarme Schwefelbäder.

Status: Gang sehr beschwerlich, nur mit Hülfe eines Stockes; characteristisch ataktisch; das linke Bein schwächer und ataktischer, als das rechte; bedeutendes Schwanken bei geschlossenen Augen bis zum Hinstürzen. Die Muskeln der Unterextremitäten atrophisch; Abnahme der cutanen Sensibilität derselben; blitzähnliche Schmerzen und Frösteln in den Beinen; grobe Kraft in den Armen erhalten; beschwerliche Verdauung; Sensorium frei; Dysurie; Constipation; grosses Schwächegefühl.

Kur in *Aachen* und später in *Burtscheid vom 13. Juli bis zum 22. August 1864:* Bäder, Kalium jodat., daneben Chinin und Eisen. Allgemeine Besserung; die Bewegungen der Beine wurden etwas coordinirter. Zu Hause wurden künstliche Aachener Bäder fortgesetzt. Im März 1865 meldet Patient Besserung der Lähmung; er vermag mit Hülfe eines Stockes ziemlich gut zu gehen.

Zweite Kur in Burtscheid vom 11. Mai bis 4. Juli 1865: Bäder, Jodkalium, Chinin mit Ferrum. Eine Besserung war eingetreten: Gang leichter und freier, stets noch mit Beihülfe eines Stockes; die allgemeine Schwäche geringer; die übrigen Symptome stationär.

Patient vermochte bis in den Winter 1865 auf 1866, fahrend oder an einem Stocke gehend, seine Funktionen als Notar zu verrichten. Ausgangs Winters Pleuritis mit Exsudat, das entleert wurde; die Respiration blieb erschwert, die allgemeine Schwäche und die der Unterextremitäten wurde so gross, dass Patient beständig liegen musste; Urinbeschwerden nahmen etwas ab; träge Verdauung; Decubitus; der Tod erfolgte Anfangs 1867 ziemlich plötzlich, nachdem starke Oppression und Kältegefühl des ganzen Körpers vorhergegangen waren. Vom Gehirn aus keine Erscheinungen. Der Arzt nahm als Todesursache die Folgen der Pleuritis an; die tabischen Symptome waren his zur Pleuritis stationär geblieben.

Der Fall setzt ein mit cephal-meningitischen Symptomen; nach einem Jahre treten die spinalen Erscheinungen mit reissenden Schmerzen in den Beinen, Schwäche derselben etc. auf; sodann Parese des einen, dann des anderen Beins und eines Arms. Die tabischen Symptome erfolgen 13 Jahre nach der Infektion und 5 Jahre nachdem noch luetische

Symptome anwesend waren. Die Hinterstränge sind in diesem Falle wahrscheinlich von den Meningen aus in den Krankheitsprozess gezogen worden. Obgleich anfänglich einige Symptome vorhanden waren, die an multiple Herdsklerose erinnern, so wird doch die Diagnose auf Tabes hauptsächlich schon durch das Fehlen des Schütteltremors und der Sprachstörungen gesichert.

Dass die Lues, die fast 10 Jahre andauerte, in diesem Falle von grosser Bedeutung war, ist nicht zu leugnen. In Folge der spezifischen Behandlung trat wenigstens Stillstand ein, der von längerer Dauer gewesen wäre, wenn nicht eine intercurrente akute Krankheit dem Leben ein Ziel gesetzt hätte.

21. Beobachtung.

3. Mai 1866. Bierbrauereibesitzer, 44 Jahre alt.

War stets gesund und sehr kräftig; *Infektion* im Jünglings-Alter, zu einer nicht näher zu bestimmenden Zeit; leichtfertige und ungenügende Kuren; die Ehefrau abortirte zweimal; hierauf mehrere, anscheinend gesunde Kinder. Zwei Jahre nach der Infektion Psoriasis palm.; in den Jahren 1862 und 1863 noch Schleimhautsymptome, welche ohne spezifische Kur verheilt sein sollen. Corpulenz in Folge von Wohlleben und Biertrinken; seit 1863 periodische Hämorrhoidalblutungen; *starke Nacht-* und *Fussschweisse.* Früher rüstiger Fussgänger, stellte sich 1862 baldige *Ermüdung* beim Gehen und Steifigkeit in den Unterextremitäten ein. 1863 heftiger *Kolikanfall* (crises gastriques), seitdem Trägheit der Darmfunktion. 1864 plötzlicher Anfall von heftigen *reissenden Schmerzen* in beiden Waden, die mehrere Tage andauerten und ein Gefühl von Eingeschnürtsein in denselben zurückliessen; bald darauf Gürtelgefühl um den Leib; Stuhl- und Harnentleerung mühsam; beim Gehen lähmungsartige Schwäche und Schwere in den Beinen; intercurrirende Augenaffektion (Parese der Abduktion), die ohne besondere Behandlung nach einigen Wochen vorüberging. Die Unsicherheit des Ganges nimmt rasch zu; Patient muss sehen, wohin er tritt, um sicher zu treten; Schwanken bei geschlossenen Augen und beim Schnellumdrehen; Kältegefühl in den Füssen; die gewohnten Fussschweisse bleiben aus; Potenz erhalten, allein die Ehefrau concipirt nicht mehr. — 1864 Kur in Marienbad wegen Fettleibigkeit und der Unterleibsstörungen, die ihn 14 K.

leichter machte, aber sehr angriff; der Gang etwas sicherer; im Herbst desselben Jahres Kur in Gastein, wo er sich erholte und zunehmende Sicherheit in den Beinen erhielt. Im Laufe des Winters von 1864 auf 1865 wurde namentlich das rechte Bein wieder ganz zuverlässig. 1865 blieb Marienbad ohne Erfolg. Das Fortbestehen der Psoriasis palm. und ein anderes Exanthem indicirten eine Aachener Kur.

Status: in Bezug auf die Motilität der Unterextremitäten bot Patient das Bild eines angehenden Tabischen dar: breitspuriger, unsicherer Gang, bedeutendes Schwanken bei geschlossenen Augen; Schwächegefühl in den Beinen; leichte Ermüdung; im rechten Bein mehr Kraft als im linken; Gürtelgefühl; keine sensiblen Störungen; blitzähnliche, plötzlich auftretende Schmerzen von brennendem, bohrendem Charakter, in verschiedenen, umschriebenen Körperstellen, meist in der unteren Hälfte und vorzugsweise im linken Bein; grobe Muskelkraft in hohem Grade erhalten; Dysurie; Stuhl meist verhalten; Potenz erhalten; allgemeine und bedeutende Fettsucht. Stimmung hoffnungsvoll. — Von luetischen Symptomen bestanden Reste von Psoriasis palm., Leukoplakie der Lippen- und Wangenschleimhaut, ein eczematöses Exanthem in der linken Achselhöhle. — Die *Kur* dauerte vom 3. Mai bis zum 13. Juni 1866 und bestand in Bädern, Anfangs Jodkalium, dann Inunktionskur, worauf sich die spezifischen Symptome zurückbildeten. Auf das Spinalleiden blieb die Kur ohne durchschlagenden Erfolg, nur fühlte sich Patient nach den Bädern beweglicher und geschmeidiger; die Schmerzen blieben nach wie vor.

Im folgenden Frühjahr 1867 kam Patient *zum zweiten Male* nach Aachen; im Ganzen war der Zustand der frühere, der Gang aber etwas fester und leichter; Gürtelgefühl nicht mehr vorhanden; die Schmerzen etwas weniger heftig; es bestehen noch rissige Fingernägel mit weisslicher Entfärbung. *Kur* vom 6. Mai bis 3. Juni, nur in Bädern bestehend, ohne anderes Resultat, als dass der Gang noch etwas leichter wurde. Zu Hause wurde noch Jodkalium gebraucht.

Patient brauchte von jetzt an in jedem Herbst die Traubenkur in Dürkheim. Die Besserung schritt entschieden weiter, nur tauchte vorübergehend die erwähnte Augenstörung wieder auf; die Schmerzen verschwanden 1868 vollständig. Patient unternahm in demselben Jahre eine Tour nach Wien, Triest und Venedig. — 1869 wurde Marienbad wiederum gebraucht und zwar, wie es scheint, mit entschiedenem Vortheil: Patient soll nach der Kur ganz leicht und sicher auf den Beinen gewesen sein; in Gastein, das er noch im Herbst besuchte, vermochte er die Berge zu besteigen.

Hier tritt nun ein Wendepunkt ein: in Folge einer Geschäftskrise grosse psychische Aufregung, Anstrengungen und Sorgen aller Art; bald macht sich eine Verschlimmerung geltend; das linke Bein versagt seinen Dienst, knickt ein; grosse Schwäche in den Beinen, so dass Patient oft fällt; die Schmerzen erscheinen wieder und zwar

heftiger, denn früher; daneben krankhafte Reizbarkeit und Heftigkeit. Eine Marienbader Kur im Frühjahr 1870 blieb ohne Erfolg, wie auch schliesslich eine elektrische, die Patient aber zu früh abbrach; bei dieser Gelegenheit wurde eine Abnahme der Sensibilität des linken Beines constatirt.

Im Jahre 1871 kam Patient zum *dritten Mal* nach *Aachen;* es hatte sich wiederum eine Psoriasis palm. gezeigt. Die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen waren ungefähr dieselben, wie vor 4 Jahren, doch war noch eine lähmungsartige Schwäche im linken Arm zu bemerken; keine Gehirnsymptome. Die Kur, vom 24. April bis zum 24. Mai, bestand in Bädern und Einreibungen; sie wurde wegen zunehmender Schwäche vom Patienten selbst unterbrochen; Rehme, das später gebraucht wurde, hob die Kräfte wieder.

Im Winter von 1871 auf 1872 brach Patient in Folge eines Falles die linke Tibia; die Heilung wurde gestört und verzögert durch neuralgische Schmerzen und reflektorische Zuckungen, sowie durch heftige *Krampfhustenanfälle,* die paroxysmenweise auftraten und mit den Schmerzen zu alterniren schienen; diese Anfälle wurden eingeleitet durch einen unerträglichen Kitzel im Kehlkopf und steigerten sich fast bis zum Ersticken. Nach Heilung des Bruches war der Zustand des Patienten nicht schlechter, als vorher, sogar ein relativ günstiger. So blieb es in den Jahren 1872 und 1873, nur dass 1872 *Impotenz* eintrat und Patient seitdem von reizbarer Genitalschwäche geplagt wurde.

Im Winter von 1873 auf 1874 machte das Leiden wieder Fortschritte, wozu abermals psychische Aufregung und körperliche Anstrengung mit beitrugen; namentlich vermehrte sich die Anästhesie des rechten Unterschenkels und der Fusssohle; Verlangsamung der Schmerzleitung, Abnahme des Muskelgefühls und Zunahme der Unsicherheit in den Unterextremitäten; mühsame, aber nicht aufgehobene Coordination der einzelnen Bewegungen; breitspuriger Gang mit Aufsetzen der ganzen Sohle; kann nicht ohne Stock gehen; auch das rechte Bein wird schwächer. Schmerzempfindungen in den verschiedensten Theilen des Körpers, während sie im linken Bein aufgehört haben. Das seit 1867 verschwundene Gürtelgefühl tritt von Zeit zu Zeit wieder auf. Zugleich zeigen sich jetzt häufig Anwandlungen von unmotivirtem Jähzorn, namentlich zur Zeit der Hustenparoxysmen, welche mit Anwandlungen von Ohnmacht enden.

So blieb der Zustand im Ganzen mehrere Jahre stationär; am meisten plagten die heftigen Hustenanfälle und die Schmerzen. Den Winter von 1877 auf 1878 brachte Patient in Nizza zu, von wo er sich gekräftigt nach Paris begab und hier viel umherging. Auf der Heimreise erkältete er sich; es entstand wieder eine Abducens-Lähmung, die sich allmälig besserte.

Im Frühjahr 1879 verfiel Patient plötzlich in Grössenwahn mit tobsüchtigen Anfällen, nachdem kurz vorher heftige Gemüths-Auf-

regung stattgefunden hatte; *mit dem Auftreten des Irreseins cessirten plötzlich die Schmerzen.*

Der Kranke befindet sich annoch (1881) in einer rheinischen Anstalt und bietet das Bild der Dementia paralytica dar mit zeitweisen, heftigen maniakalischen Anfällen. Die erst neuerlichst angestellte Untersuchung des Patellarsehnenreflexes ergab gänzliches Fehlen desselben. Die allgemeine Körperernährung ist eine normale; Schmerzen fehlen; am linken Auge ein geringer Grad von Ptosis und beiderseits von Exophthalmos; sonst keine Sehstörungen; die Wortbildung vollkommen; Gehen nicht mehr möglich; vollkommene Anästhesie in beiden Beinen; Bewegung der Arme vollkräftig und coordinirt; incontinentia urinae et alvi; Hallucinationen des Gesichts. Psychisch ist der Zustand als schwachsinnige Verwirrtheit, mit Anklängen an Grössenwahn zu bezeichnen.

Ein in vielen Beziehungen interessanter Fall, namentlich durch den vielfachen Wechsel der Symptome, die Remissionen, die lange Dauer (fast 20 Jahre) des Rückenmarksleidens und den Uebergang in Dementia paralytica. Eine langjährige Syphilis (wahrscheinlich mehrere Infektionen) und Excesse in Baccho et Venere leiten die Tabes ein. Zwei Aachener Kuren bringen Besserung; dann folgt Verschlimmerung durch deprimirende Gemüthsaffekte; eine dritte Aachener Kur, die leider zu frühzeitig abgebrochen wurde, bleibt ohne entschiedenen Erfolg. Krampf-Hustenanfälle (Bronchokrisen), die als Initialsymptome angeführt werden (Fr. Müller[14]), erscheinen in einem verhältnissmässig späten Stadium; ebenso die Impotenz. Jahre lang bleibt der Zustand stationär, ja es muss selbst eine bedeutende Besserung angenommen werden, denn Patient vermag grössere Reisen zu machen; endlich, 16 bis 17 Jahre nach Auftreten der ersten tabischen Symptome Uebergang in Dementia paralytica. Das Fehlen des Patellarreflexes ist in solchen Fällen nach Westphal[27]) eine constante Erscheinung der bis in den Lendentheil hinabreichenden grauen Degeneration der Hinterstränge. — In diesem Falle spielt die Syphilis ohnzweifelhaft eine ganz entschiedene Rolle bei der Pathogenese der Tabes; schon die entschiedenen Besse-

rungen nach den spezifischen Kuren sprechen ex juvantibus dafür; wahrscheinlich würde eine energischere Inunktionskur 1871 von entschieden günstigem Einfluss gewesen sein, namentlich da die Psoriasis palmaris noch das Fortbestehen der Syphilis wahrscheinlich machte.

22. Beobachtung.

21. August 1866. Militair, 42 Jahre alt.

Mehrere Infektionen, über die Patient nichts Genaueres angeben kann; hat ein sehr ausschweifendes Leben geführt, und war Potator; dirigirte Jahre lang eine chemische Fabrik für militairische Zwecke, wo er fortwährend *Quecksilberdämpfen* ausgesetzt war. Ueber den Beginn der Spinalaffektion ist vom Patienten nichts zu eruiren. Seit dem Winter von 1865 auf 1866 wurde die Paraplegie complet.

Status: vollendete Tabes; Patient kann nicht mehr gehen, sondern liegt anhaltend; vermag im Liegen beide Beine zu heben und damit Bewegungen zu machen, mit dem rechten Bein kräftiger, als mit dem linken; vermag beide Arme zu bewegen, aber mit den Händen nichts zu fassen; mit der rechten Hand wird ein leichter Druck ausgeübt; die Finger stehen in leichter Flexion; Gürtelgefühl; herabgesetzte Sensibilität in den gelähmten Gliedern; pelziges Gefühl in den Sohlen; keine Muskelatrophie. Am *Zahnfleisch ein bläulicher Rand.* Constipation; der Urin wird schwierig entleert, tröpfelt auch ab; Fettleibigkeit; ob psychische Funktionen normal, nicht zu eruiren, da Patient nur Russisch spricht.

Kur vom 21. August 1866 bis in den Sommer 1867, mit langen Unterbrechungen: allgemeine Bäder, Douchen, Jodkalium, Argent. nitr., ferrum jodat., Arsenik; Zusatz von Kali caust. zum Bade. Im Oktober vermochte Patient ohne Unterstützung im Bade zu stehen; konnte die Finger strecken; Stuhl erfolgte von selbst; später wurde wieder alles Gewonnene rückgängig. Im Januar 1867 wurden Einspritzungen von Strychnin, endlich der konstante Strom, alles ohne Erfolg versucht. — Im Juni wurde Patient nach Oeynhausen gebracht, woselbst die Kur ebenfalls ohne Erfolg.

Im Januar 1868 soll, nach einer Meldung aus Russland, eine kleine Besserung, namentlich etwas mehr Kraft in den Unterextremitäten eingetreten sein. Der Tod erfolgte erst 1878

Dieser Fall von vollendeter Tabes bot von vornherein eine höchst ungünstige Prognose dar; welches ätiologische Moment, ob Syphilis oder Excesse in Venere hier anzuschul-

digen war, ist wohl unmöglich zu bestimmen. Der bläuliche Rand am Zahnfleisch war das einzige Symptom, das man als metallische Vergiftung hätte deuten können; in dem Falle hatten Aerzte auf die Möglichkeit hingewiesen, den *gewerblichen Merkurialismus* als ätiologisches Moment anzuschuldigen; sieht man jedoch die Fälle nach, welche Kussmaul[44]) als „Paralysis mercurialis" beschreibt, so schwindet wohl jede Analogie mit Tabes.

23. Beobachtung.

3. Juli 1868. Jurist, 32 Jahre alt.

Infektion vor 10 Jahren (1858); sekundäre Symptome: Inunktionskur; hierauf (wahrscheinlich wegen Syphiliden) Sublimatbäder; Hydrargyrose. Die spezifischen Symptome scheinen sich 2 Jahre hindurch manifestirt zu haben. Nach heftiger Erkältung in 1860 traten Blasen- und Mastdarmlähmung auf. Wann die ataktischen Erscheinungen hinzugekommen, ist nicht genau zu eruiren; sie wurden Ende 1867 constatirt; 1866 war wegen allgemeiner Schwäche und der eben genannten Lähmungssymptome schon Franzensbad ohne besonderen Erfolg gebraucht worden.

Status: tabische Symptome mittleren Grades; geht sehr mühsam mit gespreizten Beinen und Aufsetzen der Hacken; Schwanken bei geschlossenen Augen; grosse Schwäche und bedeutende Abmagerung der Unterextremitäten; keine Sensibilitätsstörungen in denselben; Schmerzen in der Kreuzbeingegend, blitzähnlich nach den Unterextremitäten hinschiessend; Gürtelgefühl; linker Leberlappen angeschwollen; Stuhl träge; Urinentleerung normal. Puls sehr frequent. Allgemeine Schwäche.

Kur vom 3. Juli bis 13. August 1868: allgemeine Bäder, intercurrirend mit Douchen, Marienbader Kreuzbrunnen, Kalium jodat. — Das Resultat der Kur war entschiedene Besserung; Gang leichter, fester; Zunahme der Ernährung und allgemeine Kräftigung; die Schmerzen und das Gürtelgefühl waren verschwunden.

Im Winter kehrten die Schmerzen zurück und wurden mit starken Morphiumdosen gelindert.

Im Sommer *1869* kam Patient zu einer zweiten Kur nach Aachen; eine grosse Gemüthsdepression, mit der Patient ankam, ging schon nach einigen Tagen in *Melancholie* (Melancholia attonita) über; so viel man bemerken konnte, waren die Motilitätsstörungen entschieden gebessert.

Patient wurde sofort, ohne die Kur begonnen zu haben, einer Irrenanstalt übergeben; der psychische Zustand besserte sich dort der Art, dass er im Frühjahr *1870* in seine Heimath entlassen werden konnte; als psychische Alteration waren Gedanken- und Gedächtnissschwäche zurückgeblieben; die ataktischen Symptome bestanden nach wie vor; Elektricität wurde ohne Erfolg angewandt. Hier folgt eine Lücke in dem Berichte bis zum Sommer *1871*, wo Patient, an allen Symptomen der Dementia paralytica leidend, wiederum einer Irren-Anstalt übergeben werden musste. Der Tod erfolgte daselbst im Januar 1872; Sektion nicht gemacht, weil die Leiche sofort in die Heimath gebracht wurde.

In diesem typischen Fall ist, ausser der längere Zeit dauernden Syphilis, Erkältung zu beschuldigen, nach der Blasen- und Mastdarmlähmung auftraten. Nach der 1. Bade- und Jodkur trat Besserung ein; dann folgte ziemlich rasch Uebergang in Melancholia attonita und Dementia paralytica. Bemerkenswerth ist die bedeutende Besserung der Motilitätsstörungen beim Auftreten der Melancholie (vergl. p. 37).

Der folgende 24. Fall wurde bloss wegen Syphilis von mir behandelt; die spätere Tabes und das finale Ende wurden mir brieflich mitgetheilt.

24. Beobachtung.

15. Juli 1868. Kaufmann, 43 Jahre alt.

Infektion im April 1868. *Status:* Psoriasis syph. plantar. (mit bereits ulcerösen Stellen) et palmar.; Onychie der Finger- und Zehennägel; Psoriasis-Stellen an der glans penis; Plaques an den Lippen; Polyadenitis.

Kur vom 16. Juli bis zum 19. August 1868: Bäder in allen Formen, Decoct. Sarsapar. comp., Inunktionskur. Verschwinden aller Symptome bis auf die Adeniten. Patient begiebt sich nach Rom, wo er sein Geschäft hat und bleibt daselbst.

Im Frühjahre 1869 Recidiv der Psoriasis; eine kurze Inunktionskur und Hydr. jod. rubr. beseitigen dieselbe. — Patient heirathete noch in demselben Jahre (!) und zeugte 3 scheinbar gesunde Kinder. — Es scheint, dass er bis zum Jahre *1873* kein weiteres Recidiv zu überstehen, überhaupt nach einem späteren Bericht sich einer guten Gesundheit zu erfreuen hatte.

Einem weiteren Berichte aus dem Jahre *1878* entnehme ich folgende Data: *1873* im Juni Flimmern vor den Augen, gefolgt von rapider *Abnahme der Sehkraft;* Strychnininjektionen ohne Erfolg; im Herbst Kälte, Steifigkeit und Erschlaffung in den Unterextremitäten, Abmagerung, welche Symptome durch kühle Douchen gebessert wurden. — *1874 auf 1875* grosser Rückschritt; crises gastriques; Leberleiden; Aufenthalt im Albaner Gebirge und Milchkur besserten anfänglich; später kehrten die Unterleibssymptome heftiger zurück; Anämie, fortschreitende Abmagerung und Lähmung der Unterextremitäten, so dass Patient von Weihnachten an sich der Krücken zum Gehen bedienen musste; dabei Stuhlverhaltung und Dysurie; Bronchialkatarrh; Appetit und Schlaf bleiben gut. Die Beine sind *schmerzlos*, ohne Gefühl, Stimmung hoffnungsvoll.

Der behandelnde deutsche Arzt diagnosticirte weit vorgeschrittene Tabes; Patient sollte im Frühjahr *1876* zu einer Kur nach Aachen kommen, da Zusammenhang mit Syphilis vermuthet wurde, starb jedoch im März an Lungenlähmung, nachdem einige Tage vorher Sopor eingetreten war. — Ein Bruder des Patienten ging ebenfalls an Tabes zu Grunde.

In diesem wahrscheinlich typischen Falle trat 5 Jahre nach der Infektion und der hies. spezifischen Kur als erstes tabisches Symptom *Amblyopie* auf; die crises gastriques zeigten sich erst nach Auftreten der Motilitätsstörung. Kurze Dauer der Tabes, von der es unbestimmt bleibt, ob für das Zustandekommen mehr Syphilis oder erbliche Belastung anzuschuldigen ist. Dass die Syphilis durch die hiesige, viel zu kurze Kur noch längere Zeit bestand, vielleicht noch beim Auftreten der ersten tabischen Symptome, geht aus dem Bericht hevor. Die drei, während der Ehe erzeugten Kinder, die gesund sein sollen, geben keinen sicheren Anhaltspunkt, die Syphilis des Vaters in Abrede zu stellen.

25. Beobachtung.

8. Mai 1869. Braumeister, 38. Jahre alt.

Infektion vor 10 Jahren (1859); anfänglich ohne Behandlung; gegen Syphiliden wahrscheinlich Merkur. Heirathete vor 7 Jahren und zeugte 2 gesunde Kinder. Das *tabische Leiden* begann vor 6 Jahren mit Abnahme des Gefühls und Kälte in den Beinen, nachdem Patient sich heftigen Erkältungen in Folge seines Gewerbes ausgesetzt hatte,

wobei die habituellen Fussschweisse sich verloren. — Anfänglich antirheumatische Mittel, dann Hydrarg. jodat. flav. und Einreibungen von Ungt. Hydr. ciner. in die Kreuzbeingegend bis zur Salivation, warme und römische Bäder. Romberg constatirte 1869 *beginnende Tabes* und sandte Patienten nach Aachen, Zusammenhang derselben mit Syphilis vermuthend.

Status: heftiges Schwanken bei geschlossenen Augen, grosses Ermüdungsgefühl; geht unsicher und schwankend, besser an einem Stock; das Stellen der Füsse geschieht nicht nach Willensimpuls; blitzähnliche Schmerzen in den Unterextremitäten, namentlich bei Nacht; Sensibilität in denselben herabgesetzt; Muskulatur schlaff; Fettsucht; Constipation; leichte Dysurie. Sensorium frei. — Ausser infiltrirten Lymphdrüsen kein spezifisches Symptom.

Kur vom 8. Mai bis zum 25. Juni 1869: Bäder, Kalium jodat., konstanter Strom; Besserung: mehr Haltung beim Gehen, weniger Ermüdung.

Unter dem *23. Juli* meldet Patient besseren Gang; klagt noch über Schmerzen und „Arbeiten in den Beinen"; Malzbäder. Unter dem *10. September* meldet Patient weiter, dass nach 18 Malzbädern ein papulöses Exanthem fast über den ganzen Körper entstanden sei, das sich verschorfte und bräunliche Flecken hinterliess; der Hausarzt habe dieses Exanthem für syphilitisch erklärt und Ricord'sche Pillen verordnet. Gegen Ende *Januar 1870* traten Schwäche und Abmagerung nach den Pillen ein, welche Stomatitis veranlassten. Erholung nach elektrischer Behandlung. Patient klagt über Kriebeln in den Beinen. Die Fussschweisse hatten sich wieder eingestellt; es wurden Bäder mit Kali caust. und Ferrum jodat verordnet.

Weitere Nachrichten fehlten bis im Frühjahr 1881, wo ich erfuhr, dass der ehemalige Patient sich in einem leidlichen Zustande befinde, sich eines Fahrstuhls bediene, aber in seinem Geschäfte noch thätig sein könne, also 18 Jahre nach Auftreten der tabischen Symptome und 12 Jahre nach der letzten Merkurialkur.

Ausser Syphilis ist in diesem Falle heftige Erkältung mit *Ausbleiben habitueller Fussschweisse* als ätiologische Momente zu berücksichtigen; dass jedoch hier die Syphilis vorwiegend zu beschuldigen ist, geht aus dem Umstande hervor, dass bei dem Patienten nach der hiesigen Kur noch ein Syphilid auftrat. Diese zweite merkurielle Kur scheint wenigstens einen Stillstand der Lähmung bewirkt zu haben, denn der Kranke konnte noch im Frühjahr 1881, also 18 Jahre nach Auftreten der Tabes, seinem Geschäfte vorstehen; hier war also doch Stillstand erreicht.

26. Beobachtung.

11. Juni 1869. Kaufmann, 36 Jahre alt.

Infektion vor 10 Jahren (1859): Sublimat; viele Recidive. — Die *ersten tabischen Symptome* begannen im Jahre 1868; sie bestehen grösstentheils noch jetzt: blitzähnliche Schmerzen, Zuckungen, Kälte- und taubes Gefühl und Schwere in den Unterextremitäten; Hautjucken von den Knieen bis zu den Füssen; Fibriren des ganzen Körpers; Spannung in den Muskeln des Stammes; Verschwinden des Fussbodens unter den Füssen beim Stehen; Schwinden der Beine beim Liegen; Schwanken bei geschlossenen Augen; Andeutung von Ataxie; Gürtelgefühl; allgemeine Schwäche und Haltlosigkeit; keine Muskel-Atrophie; Eingenommenheit des Kopfes mit leichtem Schwindel; häufige Pollutionen und Erektionen; Dysurie (Nachträufeln); Constipation; aufgetriebener Leib. — In der Achselhöhle und in den Schenkelbeugen Eczema marginatum. — Behandlung mit Argent. nitr. und den Bädern in Wiesbaden ohne Erfolg.

Romberg constatirte beginnende Tabes und sandte den Patienten nach Aachen, Zusammenhang mit Syphilis vermuthend.

Kur vom 11. Juni bis 21. Juli: Bäder, Kalium jodat., konstanter Strom, ebenfalls ohne durchschlagenden Erfolg. Das Eczem verschwand.

Weitere Nachrichten fehlen.

Dieser typische Fall zeichnet sich durch ungemein raschen Verlauf der tabischen Erscheinungen aus; mehrere Symptome (Muskelspannungen, Zuckungen, Fibriren) sprechen für eine Mitbetheiligung der Seitenstränge.

27. Beobachtung.

16. Juni 1870. Kaufmann, 40 Jahre alt.

Infektion vor 18 Jahren (1852); *sekundäre Symptome,* die mehrere Jahre hindurch höchst unregelmässig, meist merkuriell behandelt wurden. — Die ersten ataktischen Symptome traten vor etwa zwei Jahren auf, denen *gastrische Störungen* und für rheumatisch gehaltene Schmerzen vorhergingen; Jodkalium und Dec. Sarsapar. brachten Besserung.

Status: ausgebildete Tabes; geht mit grosser Mühe und völlig ataktisch an zwei Stöcken im Zimmer; blitzähnliche Schmerzen nach den Unterextremitäten; Anästhesie in denselben; Abmagerung; grobe Muskelkraft noch ziemlich gut erhalten; beschwerliche Stuhl- und Blasenentleerung; Sensorium frei.

1. Kur vom 16. Juni bis 8. Juli 1870: Bäder, Kal. jodat.; Resultat: etwas leichterer Gang. Der rastlose Patient brach die Kur frühzeitig ab.

Patient kam in *1871* zu einer Wiederholung der Kur zurück; hatte doch einen ziemlich leidlichen Winter zugebracht, namentlich in Bezug auf die Schmerzen. Das Allgemeinbefinden war entschieden gebessert; Ataxie fast wie vorher.

2. Kur vom 1. bis 29. Juni 1871: Wiederholung der vorjährigen. Patient verliess Aachen zu bald und wenig gebessert.

Nach vielen Jahren vernahm ich erst im Frühjahr *1880* über den Patienten Folgendes: bis 1879 blieb der Zustand im Ganzen stationär; da traten Zufälle ein, die auf ein Ergriffensein des Gehirns schliessen liessen: Doppelsehen, Hallucinationen des Gehörs und Geruchs, Nahrungsverweigerung, intercurrente tobsüchtige Anfälle; in Folge davon grösste Schwäche; auch traten ataktische Störungen in den Oberextremitäten auf, so dass Patient gefüttert werden musste; stetige Bettlage. Anfangs *1881* nahmen die psychischen Störungen etwas ab, ebenfalls die Ataxie der Oberextremitäten, so dass Patient im Stande war, sich der Hände zum Essen zu bedienen, ja seinen Namen, wenn auch sehr mühsam, zu schreiben; die Schmerzen haben fast gänzlich aufgehört; das Doppelsehen soll beseitigt sein. Auf mein Ersuchen wurden die *Patellarreflexe* untersucht, die sich, wie zu erwarten, gänzlich erloschen zeigten. Allgemeinbefinden besser, in Folge des besseren Appetits; zuweilen unwillkührliche Stuhl- und Blasenentleerung; Stuhl diarrhöisch. Im April 1881 bezeichnet der Hausarzt den Zustand des Patienten als *Dementia paralytica.*

Das späte Auftreten (16 Jahre) der tabischen Symptome nach der Infektion macht Syphilis als ätiologisches Moment zweifelhaft; bei der Ankunft fehlte jedes syphilitische Symptom. Die zweimalige Bade- und Jodkur erzielte auch nur eine ganz geringe Besserung dieser weit vorgeschrittenen Tabes, die 12 Jahre nach Beginn in paralytischen Blödsinn überging.

28. Beobachtung.

10. Mai 1871. Kaufmann, 32 Jahre alt.

Infektion vor 12 Jahren (1869); die ersten tabischen Symptome traten vor einigen Jahren auf.

Status: grosse Unsicherheit beim Stehen und Gehen mit geschlossenen Augen; Werfen, Schlottern der Beine; Anästhesie in denselben; Kältegefühl in den Beckenorganen; Blasenschwäche; Constipation; allgemeine Schwäche.

Kur vom 10. Mai bis 17. Juni: Bade- und Inunktionskur ohne Erfolg.

Spätere Nachrichten fehlen.

Ob in diesem typischen Falle nur ein ulcus ohne folgende Sekundärerscheinungen vorlag, war nicht zu bestimmen.

29. Beobachtung.

14. Juni 1876. Kaufmann, 35 Jahre alt.

Infektion vor 7 Jahren (1869). Nach Aussage des Patienten gebrauchte er 1875 vom 1. Juli bis zum 16. August eine Aachener Kur, unter einer anderen ärztlichen Leitung, gegen die Lähmungs-Erscheinungen, die auch jetzt grösstentheils noch vorhanden sind; sie bestand in Bädern, Douchen, Hydrarg. bijodat und Kal. jodat. und soll Besserung erzielt haben. Ueber Beginn und Verlauf des Leidens ist nichts Bestimmtes zu eruiren.

Status: Schwanken bei geschlossenen Augen, taubes Gefühl in den Füssen; blitzähnliche Schmerzen, namentlich im Bereiche des cruralis; Schwäche in den Beinen; beschwerlicher, doch nicht-ataktischer Gang; Constipation; Dysurie; grobe Muskelkraft erhalten; gutes Aussehen. — An der rechtseitigen crista ilei befindet sich eine etwa Wallnuss grosse circumscripte Periostitis; ausserdem sind alte Lynphdrüseninfiltrate, namentlich in der Inguinalgegend vorhanden.

Kur vom 14. Juni bis 29. August 1876: Bäder mit Inunktionskur, Kal. bromat., zuletzt Pilul. ferro-jod. Blancard. — Resultat der Kur: weniger Ermüdungsgefühl, Abnahme der Schmerzen; die Periostitis verschwand.

Weitere Nachrichten über den Patienten fehlen.

30. Beobachtung.

19. Januar 1877. Kaufmann, 28 Jahre alt.

Infektion vor 13 Jahren, 1864; vorher langdauernde Gonorrhöe; merkurielle Behandlung; Rezidive von Syphiliden; Jodkalium. — Im Winter von 1870 auf 1871 nach einer heftigen Erkältung plötzliches Auftreten von *Doppelsehen,* dem heftige Schmerzen im rechten Auge vorhergingen; dasselbe wurde operativ geheilt, recidivirte jedoch 2 Jahre nachher nach einer neuen Erkältung. — Im März 1873 plötzliches Auftreten *blitzartiger,* ausserst heftiger *Schmerzen* im linken Unterschenkel, namentlich in der Nacht; sie hielten mit intercurrenten freien Zeiten in derselben Stärke bis 1875 an; von da an

wurden sie mässiger; dagegen traten allgemeine Schwäche und *Ermüdungsgefühl in den Beinen* auf; zugleich Dysurie und Constipation. Eine Badekur in Wiesbaden wirkte nur etwas schmerzlindernd. — Im Jahre 1874 Inunktions- und Jod-Kur ohne Erfolg. Vom Frühjahre 1875 an wurde das Gehen fortschreitend beschwerlicher, so dass Patient nur noch an einem Stocke kurze Strecken zu gehen vermochte. Elektrische und Kaltwasserbehandlung, römisch-irische Bäder und eine kurze Inunktionskur blieben ohne Erfolg.

Status: weit vorgeschrittene Ataxie, vermag nur wenige Schritte im Zimmer an einem Stocke zu gehen; liegt meist und am behaglichsten in der Rückenlage auf dem Bette. Schwanken bis zum Fallen bei Augenschluss; Patellarsehnenreflex vollkommen erloschen; Hautsensibilität in den Beinen und Füssen abgeschwächt, namentlich rechterseits; fühlt die Beine fast stets kalt und wie todt, zuweilen aber Formikation; leidet öfter an Schwindelanfällen; convergirendes Schielen und Doppelsehen. Die Schmerzen in den Beinen sind mässig; beim Druck auf die Dornfortsätze der oberen Brustwirbel etwas Schmerz. — Körperernährung ziemlich gut; grobe Kraft erhalten; Puls stets frequent, meist über 100; vollständige Impotenz; Stuhl normal, aber etwas Dysurie.

Kur vom 19. Januar bis 10. März 1877: allgemeine Bäder, Inunktionskur in Intervallen; Kalium bromat., Chinin. — Die Kur wurde gut vertragen, blieb aber ohne Erfolg.

Im Jahre 1881 erhielt ich vom behandelnden Arzt über den Patient noch folgende Mittheilungen: 1877 Cauterisation des Rückens mittels des Glüheisens (!) ohne jeden Erfolg; Erleichterung brachte der konstante Strom; Badekuren in Nauheim und Wiesbaden hatten keinen Erfolg: die Schmerzen wurden durch Morphinininjektionen gelindert; in der letzteren Zeit scheint durch die Massage eine geringe Besserung eingetreten zu sein. — Ende 1880 ergab sich folgender Status: Sinnesorgane, mit Ausnahme des Sehorgans (Doppelsehen etc.), normal; die Tastempfindung an den Fingerspitzen gut erhalten; überhaupt zeigen die oberen Extremitäten ungeschwächte Sensibilität und unbeschränkte Motilität. An den Unterextremitäten nimmt die Sensibilität von oben nach unten immer mehr ab; Pelzigsein der Sohlen; Tastkreise vergrössert; Patellarreflex gänzlich aufgehoben; Hautreflexe ebenso. Die Motilität ist gering; Gehen ohne Stock nicht möglich; Schleudern der Beine im Halbkreise; Unsicherheit im Dunkeln. Aussehen gut; Stimmung heiter.

Auch in diesem typischen Falle weitvorgeschrittener Tabes spielt, neben Syphilis, heftige Erkältung eine Rolle; ob jene nach einer blossen Jodkur beim Auftreten des Doppelsehens völlig verschwunden war, ist unwahrscheinlich. Da

Patient sich nach der hiesigen Inunktionskur noch verschiedenen anderen Kuren unterwarf, so ist es ungewiss, welcher derselben der Stillstand des Leidens zuzuschreiben sei.

31. Beobachtung.

7. April 1878. Ingenieur, 42 Jahre alt.

Infektion vor 15. Jahren (1863): Sublimatkur; *sekundäre Schleimhautsymptome;* 2 Jahre später Erweiterung der rechten Pupille. Längere Zeit nachher *blitzähnliche Schmerzen* in den Unterextremitäten, Kältegefühl in den Lenden und im Gesäss, Verlust des Gefühls in den Sohlen, Abnahme der Gehkraft; dabei ein solches „Anschwellen" der Unterextremitäten, dass Patient nicht mehr gehen konnte. Glüheisen ohne Erfolg, ebenso Kuren im ungarischen Schwefelbade Trentschin, in Franzensbad, Ragatz; Kaltwasserkur; nach einer Kur im polnischen Schwefelbade Busk stellte sich die Motilität ein wenig her. Vor einiger Zeit Exanthem auf dem Kopf mit Haarausfall. Ist unverheirathet; hat sich als Ingenieur häufigen Durchnässungen ausgesetzt; hat von jeher an Pollutionen gelitten.

Status: Ataxie mittleren Grades; Patient vermag auch ohne Stock mit Aufsetzen der Hacken und breitspurig zu gehen, ermüdet aber bald; bedeutendes Schwanken bei geschlossenen Augen; Fehlen der Patellarreflexe; hoher Grad von Anästhesie in den Unterextremitäten, namentlich in den Fusssohlen; geringe Schmerzen in denselben; Schwäche in den Armen und Händen, die erst spät auftrat; geringe Druckkraft in letzteren; subjektives und objektives Kältegefühl; Pupillen normal, ebenso Stuhl- und Urinentleerung; Potenz sehr geschwächt. Allgemeine Ernährung ziemlich gut; Abplattung der nates. Intelligenz erhalten; deprimirte Gemüthsstimmung. — Ausser einigen infiltrirten Cervicaldrüsen sonst nichts Spezifisches mehr zu finden.

Kur vom 7. April bis 16. Mai 1878: Bäder; Inunktionskur; intercurrirend Jod- und Bromkalium; nach der 20. Einreibung entschiedene Besserung: tritt fester auf, geht leichter und ermüdet weniger. Gegen meine ausdrückliche Verordnung nahm Patient statt Bäder von 20 Minuten solche von einer Stunde, die ihn sehr schwächten und das Gewonnene in Frage stellten; nach Gebrauch von Argent. nitr. trat wieder Besserung ein; auch liess das Kältegefühl nach.

Ueber den Patienten, der im nächsten Jahre zurückkommen sollte, fehlen weitere Nachrichten.

In diesem Falle (den ich zu den ohne Erfolg behandelten zählte, weil die Besserung doch nur sehr gering und wahr-

scheinlich ohne Bestand war) trat einseitige Mydriasis als wahrscheinlich frühzeitiges tabisches Symptom auf. Ausser Syphilis sind Erkältungen und Schwächung durch häufige Pollutionen als ätiologische Momente in Betracht zu ziehen. Ob das sehr spät erscheinende „Kopfexanthem mit Haarausfall" noch syphilitischer Natur war, liess sich nicht feststellen.

32. Beobachtung.

15. Juni 1878. Kaufmann, 32 Jahre alt.

Infektion vor 12 Jahren (1866); vor 7 Jahren (1871) Auftreten blitzähnlicher Schmerzen in den Unterextremitäten und Schwäche derselben; die Kochsalzbäder von Druskienniki (Lithauen) und später Moorbäder in Franzensbad hatten keinen Erfolg; in letzterem Bade trat unwillkürlicher Harnabgang ein. 1876 nahm die Schwäche der Beine bis zur Lähmung zu. Die Schlammbäder von Busk (Polen) bewirkten geringe Besserung; Elektricität ohne Nutzen, ebenso schliesslich Ferrum candens.

Status: weit vorgeschrittene Tabes mit allen charakteristischen Symptomen; ist nur durch Unterstützung des Oberkörpers und mit Hülfe zweier Stöcke im Stande zu stehen und einige Schritte zu gehen; freie Bewegung der Beine in der Rückenlage; fast gänzliche Anästhesie in den Unterextremitäten; die Schmerzen daselbst mässig; Gürtelgefühl; die Sehnenreflexe sind gänzlich aufgehoben; Stuhlgang träge; Urinentleerung fast normal; *Potenz erhalten, ja selbst erhöhter Geschlechtstrieb* (Patient hat mehrere, noch junge Kinder); bedeutende allgemeine Abmagerung.

Kur vom 15. Juni bis 18. September 1878: bis zum 40. Kurtage Bäder, Kalium bromat., Arsenik; letzterer schien Anfangs gut zu wirken, dann Nachlass der Wirkung. Obgleich keine Indikation für Syphilis vorhanden, es auch fraglich, ob sekundäre Symptome der Infektion gefolgt waren, so wurde doch nach einem Consilium eine ziemlich ausgiebige Inunktionskur unter Fortsetzung der Bäder installirt, der allerdings etwas leichterer Gang folgte.

Patient gebrauchte im Winter 1878 auf 1879 zu Hause nochmals eine Inunktionskur und kehrte im Sommer 1879 nach Aachen zurück, ungefähr in demselben hülflosen Zustande, wie 1878. Bäder und weitere Einreibungen (gegen meinen Rath) blieben ohne Erfolg.

Ob hier Syphilis anzuschuldigen, ist fraglich; Excesse in Venere liegen vor. Bemerkenswerth ist nicht nur die Erhaltung, sondern sogar die Erhöhung des Geschlechtstriebs,

der auch hier ohne nachfolgende grössere Schwächung sehr häufig befriedigt wurde; es erinnert dieses Verhalten an die 4. Beobachtung. Ein anderer Fall ist mir von einem Tabischen, allerdings mit weniger ausgeprägten Lähmungssymptomen bekannt, der sich mehrmals zeugungsfähig bewiesen hat.

33. Beobachtung.

22. März 1879. Gutsbesitzer, 35 Jahre alt.

1. Infektion vor 14 Jahren (1065): merkurielle Behandlung; *2. Infektion* vor 8 Jahren (1871); sekundäre Symptome, längere merkurielle Behandlung; inficirte seine Frau, die Jahre lang an hartnäckiger Visceral-Syphilis litt; dieselbe gebar nach einer letzten hiesigen Kur ein anscheinend gesundes Kind. Excesse in venere et baccho; häufige Erkältungen durch die Jagd. Vor 4 Jahren Ptosis palpebrae super., Doppelsehen; ausstrahlende Schmerzen nach den Unterextremitäten; Verlust des Muskelgefühls; seit 3 Jahren Dysurie; Jod- und merkurielle Kuren in unregelmässiger Weise. — Im Sommer 1878 ergab die Untersuchung der Augen: beiderseits Mydriasis, Ptosis und Strabismus divergens, Accomodationslähmung beiderseits; Sehschärfe gut; ophthalmoskopischer Befund normal. Eine fünfwöchentliche Kur in Wildbad, nebst Elektricität und Jodkalium, blieben ohne nachhaltigen Erfolg. — Im Februar 1879 ergab die Untersuchung der Augen, links: Oculomotoriuslähmung (Mydriasis und Accomodationslähmung); ophthalmoskopischer Befund normal; Sehschärfe gut; rechts: gute Sehschärfe, normaler ophthalmoskopischer Befund, keine Mydriasis, aber Accomodationsparese. Riccord'sche Jodquecksilberpillen blieben ohne Erfolg.

Status: der athletisch gebaute Patient macht den Eindruck eines körperlich herabgekommenen und geistig verblassten Menschen; soll in den letzten Jahren bedeutend abgemagert sein; keine Muskelatrophie; grobe Kraft ziemlich gut erhalten. Bei geschlossenen Augen *Schwanken* und schwankender, schwerfälliger, kein ataktischer Gang, mit Tendenz nach links; rasche Ermüdung; Hautsensibilität ziemlich erhalten; die nach den Unterextremitäten ausstrahlenden Schmerzen nicht sehr heftig und nicht anhaltend; *Patellarsehnenreflex erloschen;* Muskelkrämpfe, namentlich im rechten Oberschenkel; Schwindel, namentlich stark bei Schluss des rechten Auges. Befund der Augen wie oben angegeben; linksseitige mimische Gesichtslähmung leichter Art; Blasenschwäche; Stuhl träge; Geschlechtstrieb abgenommen; Stimmung sehr deprimirt. — Syphilitische Symptome waren nicht mehr vorhanden.

1. Kur vom 22. März bis 6. Mai 1879: Bäder, starke Inunktionskur, gleichzeitig Kal. jodat.; Suppositorien mit Extr. Nuc. vom. —

Die Kur, die recht gut vertragen wurde, wirkte verbessernd auf die Constitution und auf einzelne Symptome: besserer Gang und weniger Ermüdung; die Occulomotoriuslähmung im Abnehmen; die Blase blieb paretisch; Patient nahm $1^1/_4$ K. an Gewicht zu. Die Kur würde bei längerer Dauer wahrscheinlich ein besseres Resultat ergeben haben, wenn nicht ein trauriges Familienereigniss die auffallend fortschreitende Besserung unterbrochen hätte, so dass Patient in sehr deprimirter Stimmung abreiste.

Am *12. August 1879* kam Patient zur Fortsetzung seiner Kur nach Aachen zurück; nach seiner Aussage habe sich zu Hause sein Zustand bedeutend gebessert, namentlich in Bezug auf die paretischen Erscheinungen in den Unterextremitäten; eine Verschlimmerung sei aber dem Gebrauch kalter Douchen gefolgt, die er zur vermeintlichen Stärkung gebraucht; grössere Schwäche der Beine mit bedeutender Abnahme des Muskelgefühls, dem grosse Schmerzen, namentlich im rechten Beine, vorhergegangen.

Status: Patient bietet ungefähr dieselben Symptome dar, wie im Frühjahr, doch war der Gang schwankender, unsicherer und in leichter Weise *ataktisch;* die Sensibilität zeigte sich namentlich im rechten Unterschenkel bedeutend herabgesetzt; die kleine Zehe war gänzlich gefühllos. — Die Untersuchung der Augen, welche mein College Alexander vornahm, ergab: *rechts* bei normaler Sehschärfe die Accomodation = 4 Dioptrien; *links* bei einer Sehschärfe von $\frac{18}{70}$ die Accomodation nur 1,75 Dioptrien; Pupille auf Lichtreiz und bei der Accomodation nur wenig beweglich, um 1 Mm. weiter, als die rechtseitige; ausserdem Parese des linken m. rectus externus, in Folge dessen nach links zunehmende Doppelbilder; ophthalmoskopischer Befund beiderseits negativ. *Diagnose:* Paresis m. ciliaris (im Verhältniss von 9 : 20) et m. recti externi oculi sin.

2. Kur vom 13. August bis 25. September 1879: Bäder und starke Inunktionskur, nebst Kal. jodat. Die Kur, wiederum gut vertragen, erzielte keine wesentliche Besserung der Lähmungserscheinungen.

Im Frühjahre 1881, während des Druckes dieser Schrift, erhielt ich von dem Hausarzt die ersten Nachrichten über den Patienten seit seiner Abreise von hier im Herbst 1879. Im verflossenen Jahre (1880) hatte derselbe theils zu Hause, theils in einem Soolbade sehr bedeutende Portionen grauer Salbe auf eigene Faust verrieben, von denen er die gute Wirkung rühmte; wenigstens war es ihm möglich, der Bewirthschaftung seines Gutes selbsständig vorzustehen. Im Frühjahre 1880 bestanden noch intercurrente, immerhin aber seltene, theils blitzartige, theils länger anhaltende Schmerzen in den Beinen; die Urinentleerung war noch immer erschwert; die Facialislähmung, bis auf das Gefühl von Spannung in der betroffenen (linken) Gesichtshälfte, nicht mehr bemerklich; Accomodationsstörungen sind nicht mehr vorhanden; Patient behauptet, seine Augen wieder wie in gesunden Tagen gebrauchen zu können; der bei offenen Augen

sichere Gang wird etwas schwankend bei Schluss derselben; zur Untersuchung der Sehnenreflexe und der Hautsensibilität bot sich keine Gelegenheit dar. Patient zeigt ein hastiges, unruhiges Wesen und ist sehr reizbar; dabei optimistisch gestimmt. Der Hausarzt bemerkt mit Recht, dass aus dem Verlauf dieser Krankheitsgeschichte deutlich hervorgehe, einen wie mächtigen und nachhaltigen Einfluss auf schwere Hirn- und Rückenmarksstörungen syphilitischen Ursprungs wiederholte Inunktionskuren auszuüben vermögen.

Alle Symptome in diesem wichtigen, noch nicht abgelaufenen atypischen Falle deuten auf einen cephalen Ursprung, der unstreitig mit Syphilis in Verbindung stand, wenn auch Excesse aller Art und Erkältung als Gelegenheitsursachen dabei mit in Anschlag zu bringen sind. Ob die Facialislähmung centralen, oder peripherischen Ursprungs war, ist ungewiss; wahrscheinlich war ersteres der Fall. Für Ophthalmologen bieten die Augenstörungen in ihren verschiedenen Stadien und ihre finale Sistirung (wie es wenigstens scheint) manches Interesse dar.

Der vorstehende Fall gehört nicht nur zu denen, wo in Folge wiederholter und energischer Inunktionskuren *Stillstand,* sondern *entschiedene Besserung* erreicht wurde, ist mithin zu der II. Abtheilung meiner Fälle zu zählen, was von vornherein geschehen wäre, wenn der dankenswerthe Bericht früher einging; es stellt sich daher der Prozentsatz der *Besserungen* etwas höher, nämlich auf circa 40 pCt., anstatt auf 37 pCt., und der der ohne Erfolg behandelten Fälle auf circa 55 pCt. anstatt auf 58 pCt. (vergl. p. 45). Ich werde wohl Gelegenheit finden, über diesen Fall später irgendwo zu berichten.

34. Beobachtung.

17. August 1879. Kaufmann, 34 Jahre alt.

Infektion vor 9 Jahren (1870) mit zweifelhaften sekundären Symptomen; Ehe ohne Kinder; *1875* Blasenschwäche; *1876* blitzähnliche Schmerzen nach den Beinen, beginnende Schwäche derselben;

1877 Inunktionskur ohne durchschlagenden Erfolg; *1877—1878* Winteraufenthalt in Meran und Höllenstein-Kur; *1878* konstanter Strom ohne Erfolg, ebenso Badekur in Nauheim; vollständige Ataxie. Auch die übrigen Kuren (Luftkur in der Schweiz und Tyrol, Halbbäder und Höllenstein, Kaltwasserkur, nochmalige Anwendung des constanten Stroms) blieben ohne allen Erfolg.

Status: vollendete Tabes mit allen charakteristischen Symptomen; Patient vermag nur mühsam an zwei Stöcken im Zimmer einige Schritte zu machen; lässt sich draussen in einem Rollstuhl fahren; Ernährung ziemlich gut; grobe Kraft erhalten; rechte Seite kräftiger als linke; das rechte Bein wird im Liegen mit mehr Kraft gehoben und in geraderer Richtung vorgestossen, als das linke; Schmerzen haupsächlich im Gebiete des Cruralis, die von Zeit zu Zeit sehr heftig exacerbiren; die Blase entleert sich vollständig bei der Stuhlentleerung, die träge ist und durch künstliche Mittel bewirkt werden muss; Erektionen und Pollutionen finden Statt.

Kur vom 17. August bis 11. Oktober 1879: Bäder mit Inunktionskur wurden im Ganzen gut vertragen, zeitweise nur unterbrochen durch heftige Schmerzen und gastrische Störungen; die Kur blieb ohne wesentliche Besserung, nur schien das linke Bein kräftiger.

Weitere Nachrichten über den Patienten fehlen.

Dieser rasch verlaufende typische Fall von ausgebildeter Tabes, bei dem Syphilis in Frage zu stellen ist, widerstand allen Kuren. Solche Fälle bieten nicht den geringsten Erfolg dar.

35. Beobachtung.

5. Mai 1880. Musiker, 40 Jahre alt.

Infektion vor 13 Jahren (1867); *sekundäre Symptome:* Inunktionskur, Sublimat, Jodkalium. 1872 erstes Auftreten der *blitzähnlichen Schmerzen* in den Unter- und Oberextremitäten, denen lähmungsartige Schwäche beider folgte. Trotz Oeynhausen und Elektricität schritt die Lähmung stetig weiter, doch konnte Patient bis vor 6 Wochen noch Violine, wenn auch mühsam, spielen. Heirathete 1870 und zeugte ein gesundes Kind.

Status: weit fortgeschrittene Ataxie; geht mühsam an einem Stocke mit schleudernden Beinen, die Fersen stampfend aufsetzend; bei geschlossenen Augen schwankend zum Umfallen; grosse Schwäche in den Armen und Händen; in letzteren ruckweise, unsichere Bewegungen beim Versuch einen Gegenstand zu fassen; umfasst die Feder mit den 4 ersten Fingern und vermag dann kritzelnd, aber doch in ziemlich gerader Linie zu schreiben. — Blitzähnliche Schmerzen in

den Ober- und Unterextremitäten; Sehnenreflexe erloschen; Anästhesie der Unterextremitäten, namentlich der Fusssohlen, ebenso vom 3. Brustwirbel an nach der Lumbargegend sich ausbreitend; in diesen Theilen auch Analgesie der Haut; Mydriasis beiderseits. Puls nie unter 100. Stuhl etwas verhalten; Dysurie; Geschlechtstrieb abgenommen; Ernährung und Aussehen gut; Intelligenz intakt.

Kur vom 3. Mai bis 10. Juli 1880: Bäder mit Inunktionskur; sie wurde gut vertragen, besserte aber, ausser den Schmerzen, nichts.

Zu Hause wurden noch kalte Abreibungen und Elektricität ohne viel Erfolg gebraucht. Ein Brief des Patienten, 4 Monate nach der Kur, ist weniger kritzelnd, sondern fester und leserlicher geschrieben.

Auch dieser typische Fall weit vorgeschrittener Tabes liess die Prognose von vorneherein als mala stellen. Auffallend ist das relativ frühe Auftreten der Ataxie in den Oberextremitäten, fast gleichzeitig mit der in den Unterextremitäten, wie solches Vorkommen Friedreich als charakteristisch für die hereditäre Tabes aufstellt — in diesem Falle sehr ominös für einen Violinisten.

36. Beobachtung.

17. Juni 1880. Militair a. D., 50 Jahre alt.

Infektion vor 7 Jahren (1873): Inunktionskur; wegen *Auftreibungen* am Sternum und an den Schienbeinen Kur in Krankenheil-Tölz. Im Laufe des Sommers 1878 stellten sich Urinbeschwerden ein (Strangurie) und Krampf im rectum (Hämorrhoiden); 1879 wurden die Hämorrhoidalknoten exstirpirt. Seit etwa Jahresfrist stellten sich ein: stetig zunehmende Mattigkeit, Abmagerung, Kreuzschmerzen, beschwerliches Bücken und Treppensteigen, Ermüdung beim Stehen und Gehen, Unsicherheit beim Gehen, Zittern, pelziges Gefühl in den Fusssohlen, geschwächte Sehkraft, Nachträufeln des Urins, Constipation; eine Inunktions- und Zittmann's-Kur im Frühjahr a. c. blieb ohne Erfolg. — Ein Bruder des Patienten starb an Tabes.

Status: Ataxie mittleren Grades, mehr Hahnentritt, denn Schleudern der Unterextremitäten; Patient vermag mit Hülfe eines Stockes noch Spaziergänge zu machen, die aber sehr ermüden; *Fehlen der Patellarreflexe;* grosse Schwäche in den Beinen; Anästhesie in den Fussballen; Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsschwäche; Pupillenstarre beiderseits; ausser Kreuzschmerzen keine besonders schmerzhaften Empfindungen. — Von tertiären (Knochenhaut-) Symptomen nichts mehr zu entdecken.

Kur vom 17. Juni bis 26. Juli 1880: Bäder; Inunktionskur, die wegen zunehmender Schwäche eine Zeit lang unterbrochen wurde; die Fortsetzung derselben wurde besser vertragen. Zu Ende der Kur wurde eine kleine Besserung constatirt: Gang etwas besser, Ermüdungsgefühl geringer; urinirt besser; im Uebrigen keine Veränderung.

Auf Anfrage meldet im April 1881 der Hausarzt: „Patient befand sich, nachdem er im Herbst noch eine Kaltwasser- und elektrische Kur durchgemacht, den Winter über ziemlich wohl; namentlich war der Gang besser und die Blasenbeschwerden geringer; dagegen begannen sehr erhebliche *Sehstörungen* aufzutreten, so dass Patient jetzt fast gar nichts mehr lesen kann; neuerdings klagt er auch wieder mehr über grössere Unsicherheit des Ganges und leichtere Ermüdung."

In diesem typischen Falle sich ziemlich rasch entwickelnder Tabes ist erbliche Belastung als Disposition zu derselben vorhanden; allein Syphilis, namentlich wo die tertiäre Form derselben die lange Dauer bekundet, ist unstreitig als occasionelles Moment mit zu beschuldigen. Ob die Extirpation der Hämorrhoidalknoten, der gleich darauf die Motilitätsstörungen sich anschlossen, ebenfalls von Bedeutung ist, lasse ich dahingestellt sein; vorher waren schon Urin- und Stuhlbeschwerden vorhanden, die aber wohl mit dem Hämorrhoidalleiden in Verbindung stehen konnten. Die Amblyopie wird wohl ohne Zweifel in Amaurose (graue Degeneration des n. opticus) übergehen; ophthalmoskopische Untersuchung wird nicht gemeldet.

Literarische Nachweisungen.

[1]) P. J. Möbius, Beiträge zur Lehre von den Nervenkrankheiten. Schmidt's Jahrb. Bd. 187. (1880) p. 284. (Abgedruckt im Archiv für Dermat. u. Syph. 1881, 1. Heft).

[2]) O. Berger, Deutsche Zeitschr. für pr. Medicin. 1878. Nr. 21—24.

[3]) Wunderlich, in Volkmann's Sammlung. Nr. 93, p. 753.

[4]) Virchow, Geschwülste II. p. 438.

[5]) Eisenmann, die Bewegungs-Ataxie. Wien, 1863. p. 53 u. 58.

[6]) A. Fournier, de l'Ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Paris, 1876.

[7]) Berger, Breslauer ärztl. Ztschr. 26. Apr. 1879.

[8]) Erb[a]), deutsches Arch. für klin. Medic. XXIV. 1879.

[b]) Tageblatt der 52. Vers. deutsch. Naturf. und Aerzte in Baden-Baden 1879. p. 312.

[9]) Erb, Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 11 u. 12. 1881.

[10]) M. Benedikt, Ueber Aetiol., Progn. u. Ther. d. Tabes. Wien. Mediz. Pr. 1881. Nr. 1, 2, 4, 5.

[11]) Moxon, Syph. des Rückenm. Guy's Hosp. Rep. S. III. vol. 16. 1871. (Refer. v. Th. Simon i. Arch. für Dermat. u. Syph. 1871. p. 428.)

[12]) Westphal, Berl. klin. Wochenschr. 1880. p. 141.

[13]) Westphal, Ueber die Beziehgen. d. Lues zur Tabes. Arch. für Psych. u. Nervkrkhten. XI. 1. 1880. p. 230.

[14]) Fr. Müller, Symptomatol. u. Ther. d Tabes i. Init. Stad. Graz, 1880. p. 29. (Separ. Abdr. aus den Mitthlgen. d. Ver. d. Aerzte i. Steiermark 1879).

[15]) M. Rosenthal, Zur Charakterist. d. Myelit. und Tabes nach Lues. Wien. Mediz. Pr. 1881. Nr. 3, 6, 7, 9.

[16]) Juillard, Étude crit. sur les localisat. de la Syphilis. Paris, 1879.

[17]) Mendel, Syph. u. Dementia paralyt. Berl. Klin. Wochenschr. 1879. p. 559.

[18]) Sigmund, Wiener Klin. für Syph. Wien, 1878. p. 33.

[19]) Sigmund, Vorles. üb. neu. Behandlw. der Syph. 2. Auflage. Wien, 1880. p. 4. (Vergl. auch Sigmund, deutsche Revue, 1881, Heft 1, und Rey, über Syph. nach Racen und Klima. Annal. de Dermat. et Syph. 1880. Nr. 4 und Arch. für Dermatol. u. Syph. 1881. 1. Heft. p. 145.)

[20]) O. Hjelt, Verbreitg. der vener. Krankh. in Finnland, aus dem Schwed. Berlin, 1874.

[21]) S. Engelsted, die constitut. Syph., übers. v. Uterhart. Würzburg, 1861. p. 2.

[22]) A. Erlenmeyer jun.. Ueber Tabes dors. incip. Sep. Abdr. Basel, 1879. p. 1.
[23]) Erb, Handb. 2. Aufl. p. 471, 609.
[24]) Virchow, l. c. II. p. 461.
[25]) Heubner, die Syph. d. Gehirns etc. in v. Ziemssen's Handb. I, 1. Hälfte. p. 276, 308.
[26]) Erb, Handb. 2 Aufl. p. 602.
[27]) Ueber die Verbindung der Tabes mit der progressiven Paralyse der Irren vergl. hauptsächlich: Westphal, Virchow's Archiv, Bd. 39 u. 40. 1867; über die Beziehungen der Syphilis zu der progressiven Paralyse: A. Foville, Annal. méd.-psycholog. 1879. T. 1. p. 353, (mit Bezug auf A. Fournier's Arbeit „de la Pseudo-Paralysie génér. d'origine syph." Paris, 1878.)
[28]) Schubert, Ueber syph. Augenkrankh. Berlin, 1881.
[29]) L. Diemer, Abh. üb. d. Heilwirkg. d. Aach. Schwefelth. i. constitut. Syph. etc. Aachen, 1862.
[30]) A. Reder, Arch. für Dermat. u. Syph. 1874. p. 29.
[31]) Fr. Müller, l. c. 35.
[32]) M. Buch, Arch. für Psych. und Nervenkrkhten. XI. 1. 1880. p. 96.
[33]) O. Braus, die Hirnsyph. Berlin, 1873.
[34]) A. Reumont, die Aach. Schwefelth. i. Syph. 2 Aufl. Erlangen, 1859.
[35]) A. Reumont, Beitr. z. Path. u. Ther. d. Syph. Erlangen, 1864. Vergl. auch meine Abhandlung über Schwefelwasser in Valentiner's Handb. d. Balneother. 2. Aufl. u. A. Reumont, die Behandlg. d. constitut. Syph. etc. 2. Aufl. Berlin, 1878.
[36]) F. Arlt, die Krankhten. d. Auges für prakt. Aerzte. Prag, 1856. III. p. 168. (Spinalamaurose.)
[37]) O. Berger, Ueber Sehnenrefl.: Erlenmeyer's Centralbl. 1879 Nr. 4.
[38]) G. Fischer, 4. Bericht über Maxbrunn. München 1879. p. 21.
[39]) Berlin. Klin. Wochenschr. 1879, Nr. 40. u. 1881, Nr. 8.
[40]) Berlin. Klin. Wochenschr. 1880. p. 155.
[41]) Annalen der Charité. 1861.
[42]) Runge, in Th. Valentiner's Handb. d. Balneother. 2. Aufl. Berlin, 1876. p. 815.
[43]) Richter (Sonneberg), zur Path. u. Th. d. Tabes im Erlenmeyer'schen Centralbl. 1879. p. 459.
[44]) Kussmaul, Unters. über die constit. Mercurialism. etc. Würzburg, 1861. p. 282.
[45]) L. Lehmann. d. chron. Neurosen in Oeynhausen. Bonn, 1880. p. 35.

DRUCK: C. H. GEORGI, AACHEN.

Syracuse, N. Y.
PAT. JAN. 21, 1908

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

DEC 19 1933

N33 Reumont, A. 16010
R441 Syphilis und Tabes dor-
1861 salis.

NAME

K. B. Corbin

DATE DUE